



Dr. Roque Marcos Savioli

UM CORAÇÃO DE MULHER



Editora Canção Nova



DR. ROQUE MARCOS SAVIOLI

UM CORAÇÃO DE MULHER

3ª edição



EDITORA: Cristiana Negrão
ASSISTENTE EDITORIAL: Jocelma Cruz
CAPA E DIAGRAMAÇÃO: Tiago Muelas Filho
PREPARAÇÃO: Lillian Miyoko Kumai
REVISÃO: Patricia Bernardo de Almeida

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Savioli, Roque Marcos
Um coração de mulher / Roque Marcos Savioli. --
3ed. São Paulo, SP : Editora Canção Nova, 2014.

Bibliografia.
ISBN 978-85-7677-234-7

1. Coração - Doenças 2. Cuidados médicos
3. Doenças cardiovasculares 4. Espiritualidade
5. Medicina preventiva 6. Mulheres - Saúde

I. Título.

11-01533

CDD-616.1205
NLM-WG 200

Índices para catálogo sistemático:

1. Mulheres : Coração : Doenças : Prevenção :
Medicina 616.1205

EDITORA CANÇÃO NOVA
Rua São Bento, 43 - Centro
01011-000 São Paulo SP
Telefax [55] (11) 3106-9080
e-mail: editora@cancaonova.com
vendas@cancaonova.com

Home page: <http://editora.cancaonova.com>
Twitter: editoracn

Todos os direitos reservados.

ISBN: 978-85-7677-234-7

© EDITORA CANÇÃO NOVA, São Paulo, SP, Brasil, 2011

Dedicatória

A Deus, todo poderoso, que nunca me abandonou em qualquer que fosse o momento da minha vida, mesmo naqueles que dele me distanciei;

À memória do meu querido amigo padre Léo Gonçalves, que ao lado de Jesus e Maria intercede por nós ao Criador;

À minha querida esposa Gisela, a quem devo o meu reencontro com Jesus;

Aos meus filhos Caroline, Roquinho e Marcela, e ao meu neto Matheus;

Aos amigos e funcionários do Incor e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, colaboradores anônimos do meu trabalho;

Aos meus pacientes, que sem eles seria impossível administrar os talentos recebidos do Senhor;

E a você.

Prefácio

Como um dos mais recentes beneficiados do “ministério” que você e sua querida esposa Dra. Gisela Savioli exercem, verdadeiro sacerdócio médico que une competência profissional a uma fé viva e atuante, sinto-me honrado por seu convite a prefaciar o seu livro *Um Coração de Mulher*.

Confesso que o li de um só fôlego, do início ao fim, saboreando as emoções que ele desperta por meio de histórias pessoais de mulheres que, como Maria, souberam responder “sim” ao misterioso projeto da vida. Os nomes que permeiam o livro revelam um vasto e rico universo feminino, personagens da existência de cada dia, com suas luzes e sombras, e que, certamente, entram no coração e na mente dos leitores, questionando-os e enriquecendo-os.

Entre uma história e outra, em meio ao desenrolar do espetacular drama que é a vida – a delas e a de todos nós –, valiosas informações médicas e recomendações importantes que visam instruir, educar e formar para uma vida sã, sob todos os aspectos.

Ao cuidar do meu coração físico, você e a Dra. Gisela ajudaram-me a refletir sobre um outro coração, aquele que a Palavra de Deus coloca como o centro íntimo do ser humano e onde a vida se decide (cf. Sl 51,12.19; Jr 4,4; Ez 36,26), onde ressoa a voz de Deus (cf. Os 2,16) e a graça realiza maravilhas, na pequenez do que nós somos (cf. Lc 1,48). É com esse coração que vocês exercem a medicina e o testemunho de suas vidas – reunidas em uma família feliz por um amor abençoado –, sendo certamente fonte secreta do bem que realizam.

Estou certo de que a leitura dessa obra será proveitosa, não somente às mulheres, mas a todos aqueles que, com o bem-estar físico, buscam também, e sobretudo, aquela saúde espiritual que nem a enfermidade ou a morte podem atingir.

Faço meu o augúrio do apóstolo Paulo:

[...] suplicando ao Deus de nosso Senhor Jesus Cristo, o Pai da glória, que vos dê o Espírito da sabedoria e da revelação, para que o conheçais de verdade. *Que ele ilumine os olhos de vosso coração*, para que conheçais a esperança à qual ele vos chama, a riqueza da glória que ele nos dá em herança entre os santos, e a extraordinária grandeza do poder que ele exerce, segundo o vigor de sua força poderosa, em favor de nós, que cremos (Ef 1,17-20).

Garanhuns, 26 de setembro de 2010.

FERNANDO GUIMARÃES

Bispo Diocesano de Garanhuns, PE

Nota do autor

Há alguns anos, o padre Antonello, um dos fundadores da Comunidade Aliança de Misericórdia, cujo carisma é o acolhimento dos irmãos de rua, convidou Gisela e eu para participarmos de um “Encontro para Mulheres”, no qual realizaríamos palestras com foco na promoção da saúde física e mental, sendo que, ao fim, ele abordaria a espiritualidade feminina.

Preparei a palestra com carinho, já sabendo que deveria elucidar dúvidas, quebrar tabus, aconselhar algumas restrições, enfim, seguro de que apresentaria uma palestra para um povo carente de informações sobre o seu estado de saúde.

Era um domingo do mês de agosto, em pleno inverno paulistano. Saímos de casa agasalhados e percebemos a chuva que caía no para-brisas do carro. Então, olhamo-nos, e Gisela disse:

– Meu Deus, com essa chuva e esse frio, coitado do padre Antonello, pouquíssimas pessoas irão comparecer ao evento.

– Você tem razão – retruquei. – Quem vai querer sair de casa com esse frio? Só mesmo dois loucos como nós, que, ao invés de ficar curtindo o calor da nossa cama, estamos indo a um lugar com pouquíssimas pessoas para nos ouvir.

– Loucos por Jesus – emendou a Gisela, com seu costumeiro linguajar carismático.

E lá fomos nós para o centro de São Paulo participar do tal evento, que seria realizado no galpão Restaura-me, local onde o padre Antonello, além de organizar eventos pontuais, promove a chamada Cristoteca, uma

discoteca organizada para os jovens cristãos em que a diversão existe, sem drogas, sem bebidas alcoólicas, sem promiscuidades sexuais, ou seja, calcada simplesmente nos princípios morais cristãos.

Ao chegarmos às proximidades do local, levamos um susto enorme em virtude do grande congestionamento de trânsito presente em algumas quadras próximas do evento que quase nos fez atrasar. Havia uma quantidade enorme de ônibus fretados, vans e carros particulares que se dirigiam ao local naquela manhã fria e chuvosa de um domingo que, seguramente, seria muito importante para todos.

Quando entramos no galpão, notamos que ele estava repleto em mulheres de todas as idades que estavam ali ávidas por conhecerem tudo sobre a sua saúde física, mental e espiritual.

O evento foi maravilhoso! As mulheres participaram com muito interesse em todos os momentos e percebi que deveria continuar com esse propósito a fim de melhorar a qualidade de vida delas simplesmente as educando, uma vez que notei a desinformação deste público.

O mundo feminino desconhece que a maior causa de morte em mulheres são as doenças cardiovasculares, ou seja, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral (derrame cerebral). A grande maioria se preocupa mais em prevenir o câncer ginecológico – câncer de mama, de útero, de ovário – e se esquece da prevenção de doenças cardiovasculares. Nota-se que desconhecem que morrem mais de infarto do que os homens!

Esse evento foi apenas o começo de muitos que se seguiram em várias regiões do nosso país, e cada vez que fazia um retrospecto das palestras, sentia mais forte a necessidade de transmitir a outras pessoas as informações passadas àquele povo sedento de conhecimento.

No final de 2009, resolvi atualizar um livro que publiquei pela editora Canção Nova em 2005, intitulado *Um Coração Saudável*, e nele escrevi

um capítulo destinado à mulher: “Prevenção das doenças cardiovasculares nas mulheres: uma necessidade!”. A repercussão do livro foi espetacular, e a do capítulo maior ainda, tendo em vista a enormidade de *e-mails* que até hoje recebo me perguntando sobre os problemas do coração feminino.

Na minha prática clínica diária observo o que os trabalhos científicos nos ensinam: há mais preocupação com a saúde cardiovascular do homem do que com a da mulher. A mulher não se cuida tão bem quanto o homem quando o assunto é doença cardiovascular. Quantas pacientes são surpreendidas por um infarto do miocárdio sem terem a exuberância dos sintomas que acometem o homem? Quantas pacientes descobriram que tiveram infarto sem nunca terem dor no peito, característica dessa patologia?

Além disso, recentemente, tem-se admitido a importância dos fatores psicossociais – entre eles, a ansiedade, a depressão, o estresse familiar e do trabalho, o isolamento social – na gênese das doenças cardiovasculares, principalmente em mulheres, considerando-se de grande valia o papel da espiritualidade na minimização desses fatores.

A partir de tudo isso, nasceu *Um Coração de Mulher*, livro que traz as mais recentes informações sobre a saúde do coração feminino e considerações a respeito da saúde integral da mulher, em que são levados em conta o corpo, a alma e o espírito como fatores preponderantes para uma vida saudável.

Tenho a grata satisfação de escrever este livro num momento especial da minha vida profissional, pois graças a uma pessoa também especial, um verdadeiro amigo, o Prof. Dr. José Antonio Franchini Ramires, pude retornar às minhas atividades acadêmicas e clínicas do Incor e atuar na Unidade de Cardiogeriatría e Cardiopatía da Mulher, dirigida pelo também amigo de muitos anos, o Prof. Dr. Antonio de Pádua Mansur.

Aproveitem!

São Paulo, 13 de maio de 2010.

ROQUE MARCOS SAVIOLI

Apresentação

O amigo Dr. Roque Marcos Savioli, médico do Instituto do Coração (Incor), há tempos vem elaborando, com sucesso, conexões no trinômio espiritualidade, religiosidade e medicina. Uma série de livros relacionados a esses temas foi produzida por ele.

Os livros, escritos preferencialmente para o público leigo, têm um importante aspecto educacional, pois contêm informações sobre os cuidados preventivos para as doenças cardiovasculares. Além disso, orienta os leitores no controle e tratamento dos vários fatores de risco associados às doenças cardiovasculares.

A linguagem acessível e didática de seus livros favorece uma leitura agradável e facilita a compreensão de temas complexos. Associado a esse aspecto, o Dr. Roque, emblematicamente, envolve os leitores nos outros dois temas do trinômio – espiritualidade e religiosidade – por meio da apresentação de casos clínicos vividos na sua prática diária de médico. Ele mostra em seus livros, inclusive com a aplicação da metodologia científica vigente, a importância da espiritualidade e da religiosidade nos vários momentos da prática médica, desde a prevenção até o tratamento das doenças do coração.

Limitado pelas metodologias atuais, o Dr. Roque busca novas outras que possam quantificar a participação da espiritualidade na redução da mortalidade por doenças cardíacas ou na minimização da influência dessas doenças na qualidade de vida dos pacientes. Apesar de dados ainda controversos na literatura médica, é bastante sugestivo o benefício da

espiritualidade e da religiosidade nos pacientes com doenças cardíacas. Estudos mostram que tal fator tem melhorado a qualidade de vida dos pacientes, que apresentam melhor aderência às medicações.

O trinômio – espiritualidade, religiosidade e medicina – é a linha de estudo que o Dr. Roque desenvolve na Unidade de Cardiogeriatría e Cardiopatía na Mulher do Incor. Este livro, elaborado para o universo feminino, com particular foco no coração da mulher, contempla exatamente uma das áreas da nossa unidade e complementa seus livros previamente publicados.

Sabemos que, hoje, as doenças cardiovasculares, em especial o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral (popular derrame), são as principais causas de morte nas mulheres e homens da população brasileira. O infarto do miocárdio é a doença que mais mata mulheres nas regiões mais desenvolvidas do país, as regiões Sul e Sudeste, enquanto que o acidente vascular cerebral mata mais mulheres nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Apesar das doenças cardiovasculares serem a principal causa de morte nas mulheres com mais de sessenta anos, observa-se uma tendência de queda na mortalidade por essas doenças nas mulheres. A redução foi significativa, e acredita-se que o controle dos fatores de risco para as doenças cardíacas foi o responsável por pelo menos metade da redução da mortalidade. Essa constatação é muito importante, e este livro certamente auxiliará ainda mais na redução da mortalidade por essas doenças.

Dr. Roque priorizou no livro a prevenção primária das doenças cardiovasculares, abordando a forma de reduzir ou controlar a intensidade da influência de seus principais fatores de risco. Com maestria, discute ainda a influência da idade, gênero, estresse mental, depressão, obesidade, atividade física, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes e alterações do colesterol no sangue, na gênese das doenças cardíacas.

Dessa forma, Dr. Roque traz mais uma vez uma contribuição significativa ao complementar os esforços para a redução da morbidade e da mortalidade pelas doenças cardiovasculares. E as maiores beneficiadas desta vez podem ser as mulheres, principalmente por colaborar na maior percepção da necessidade do controle dos fatores de risco para essas doenças e por estimular um tratamento mais adequado pelos profissionais da saúde.

PROF. DR. ANTONIO DE PADUA MANSUR

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo (FMUSP)

Diretor da Unidade de Cardiogeriatría e Cardiopatía da Mulher do Incor
– HCFMUSP

Identificando a mulher de risco

As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pela morte das mulheres, causando mais óbitos por ano do que todas as outras causas de morte juntas. No mundo, mais de 8,6 milhões de mulheres morrem todos os anos por causa dessas moléstias. Na Europa, 23% das mulheres morrem de doenças isquêmicas do coração *versus* 21% de homens; 18% morrem de acidente vascular cerebral, enquanto que nos homens esse percentual é de 11%.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde de 2006, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 36,2% de todas as mortes ocorridas em mulheres. Em 2009, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo revelou o resultado de um estudo que mostrava a superioridade de mortes por infarto do miocárdio em mulheres em qualquer faixa etária analisada.

A doença cardiovascular apresenta-se dez anos mais tarde nas mulheres do que nos homens e a incidência de infarto do miocárdio em mulheres, embora mais baixa do que no homem, aumenta dramaticamente após a menopausa, apesar desta constatação ainda não estar totalmente esclarecida.

Devemos levar em consideração, no que se refere à prevenção da doença cardiovascular nas mulheres, as seguintes situações: história pessoal de infarto do miocárdio ou angina, idade acima de 55 anos, aumento dos níveis de LDL colesterol (mau colesterol) ou redução dos níveis do HDL colesterol (bom colesterol), história familiar de infarto ou angina em parentes de primeiro grau (homens com menos de 55 anos e mulheres com

menos de 65 anos), diabetes melito, tabagismo, hipertensão arterial, existência de doença aterosclerótica das artérias periféricas, níveis elevados de triglicérides, obesidade e vida sedentária. Cada um desses fatores será abordado posteriormente para que seja possível entender o que se passa com o seu corpo e assim tomar a decisão mais importante da sua vida: prevenir a morte!

Fatores de risco para as doenças cardiovasculares em mulheres

Dislipidemia

Entende-se por dislipidemia as elevações dos níveis sanguíneos das gorduras, isto é, do colesterol, do triglicérides e das lipoproteínas. Estudos recentes mostraram que em mulheres a redução do HDL colesterol é fator preditivo mais importante do que o aumento do LDL colesterol, na gênese de eventos cardiovasculares. Além disso, níveis de colesterol total elevados parecem estar associados à doença cardiovascular somente em mulheres pré-menopausa ou quando estes níveis estão acima de 265 mg/dL.

Níveis de triglicérides elevados parecem influenciar o risco coronário apenas em mulheres idosas, especialmente quando estão acima de 400 mg/dL. A lipoproteína(a) é um determinante de doença cardiovascular (angina ou infarto) em mulheres pré-menopausa e pós-menopausa com idades inferiores a 66 anos. Por outro lado, as apolipoproteínas A e B vêm sendo demonstradas como importantes fatores do metabolismo das gorduras com nítida relação com eventos cardiovasculares.

Recomenda-se que todas as mulheres acima de vinte anos realizem exames de sangue para verificar os níveis de lípides plasmáticos. Devem ser dosadas a lipoproteína(a), a apolipoproteína B e a apolipoproteína A-I quando os exames habituais forem normais em mulheres com história de doença cardiovascular abaixo de sessenta anos.

O tratamento da dislipidemia é extremamente importante para a redução da incidência de morte ou do infarto, conforme revelam os resultados de grandes estudos realizados com várias estatinas (medicamentos usados

para o controle dos níveis do colesterol). Esta é a grande razão pela qual o portador de níveis aumentados de colesterol no sangue deve tomar indefinidamente esse tipo de medicação. Sabe-se que ninguém gosta de tomar remédio a vida toda, principalmente quando não se sente nada e quando o medicamento é caro demais, mas é necessário, para assim viver mais.

De todo o colesterol aumentado no sangue, somente 30% vem da nossa dieta, ou seja, a menor parte deriva daquela carne de porco que amamos ou da picanha, dos bolos, doces, sonhos, bombas de chocolate etc. A grande parte do colesterol existente no sangue é produzida pelo nosso organismo, uma vez que precisamos do colesterol para compor as membranas das células, dos hormônios etc. Qualquer defeito nessa produção pode levar ao acúmulo do colesterol, que somente pode ser equilibrado com uma medicação tomada continuamente.

Nunca se deve tomar medicamento prescrito por conta própria, sendo muito importante consultar sempre um médico, que poderá dar a conduta correta para cada caso.

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial atinge 70 a 80% das mulheres acima de setenta anos. Embora a incidência de complicações da hipertensão seja menor do que nos homens, a hipertensão arterial é um forte preditivo de risco cardiovascular em mulheres, principalmente nas que sofreram infarto do miocárdio e nas que estão na pré-menopausa, o que aumenta em dez vezes o índice de mortalidade.

Estima-se que aumentos da pressão arterial sistólica de 20 mmHg ou da pressão arterial diastólica de 10 mmHg podem dobrar o risco de morte por

doença cardiovascular. Mulheres com pressão arterial sistólica maior do que 185 mmHg têm três vezes mais possibilidade de ter um acidente vascular cerebral (AVC) ou infarto do miocárdio em relação a homens com pressão arterial sistólica de 135 mmHg.

Tabagismo

Metade das mulheres que tiveram infarto ou derrame cerebral era fumante, corroborando a intensa relação existente entre a ocorrência da doença cardiovascular e o tabagismo. O risco de desenvolvimento da doença é elevado mesmo quando se fuma pouco, ou seja, um a dois cigarros por dia. Mulheres que fumam quatro a cinco cigarros por dia têm o risco cardiovascular dobrado e as que fumam vinte cigarros por dia têm seis vezes mais possibilidade de ter um infarto ou AVC do que as que não fumam.

Fumantes passivos têm seu risco cardiovascular aumentado em 25%. O tabagismo nas mulheres reduz os níveis endógenos de estrógenos, aspecto que aumenta o risco de menopausa prematura e do cardiovascular.

As campanhas antifumo têm ajudado no decréscimo do número de homens fumantes, mas tal redução não tem sido encontrada nas mulheres. Quando a mulher para de fumar, ocorre uma rápida redução do risco de infarto do miocárdio. O elevado risco induzido pelo cigarro dissipa-se em dois ou três anos após a suspensão do hábito de fumar.

Obesidade

A importância da obesidade como um fator de risco coronariano foi demonstrada em vários estudos realizados em diversas partes do mundo. Peso e mortalidade estão diretamente relacionados com o risco relativo de morte por doença cardiovascular.

É conhecido, pelas últimas estatísticas, que 30% das mulheres do mundo todo está acima do seu peso normal (homens 40%) e 27% são obesas.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) é o método mais fácil e rápido para verificar se o peso está adequado à altura. Para calculá-lo, basta fazer a seguinte equação: dividir o peso pelo quadrado da altura. Assim, se um indivíduo pesa 62 quilos e mede 1,67 m, por exemplo, deve-se multiplicar 1,67 por 1,67, que resulta em 2,79. Para conseguir o IMC, divide-se 62 por 2,79, que será igual a 22,2 kg/m². Feita esta operação, verifica-se a tabela abaixo da Organização Mundial de Saúde (OMS) para ambos os sexos:

IMC (kg/m ²)
< 16,0 Baixo peso grave
16-16,99 Baixo peso moderado
17-18,49 Baixo peso leve
18,5-24,99 Normal
25-29,99 Pré-obeso (sobrepeso)
30-34,99 Obesidade classe I
35-39,99 Obesidade classe II
≥ 40,00 Obesidade classe III

Existem dois tipos de distribuição de gordura corporal: androide (obesidade superior), quando o tecido adiposo, isto é, a gordura, está

concentrado na região abdominal; e ginoide (obesidade inferior), quando o tecido concentra-se mais na região dos glúteos, quadris e coxas.

É de grande importância clínica identificar a distribuição de gordura, visto que a obesidade androide está associada ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, metabólicas e suas consequências. Por isso a necessidade de, simultaneamente à determinação do IMC, medir-se a circunferência abdominal, para assim avaliar a presença desse tipo de adiposidade. Pacientes com adiposidade abdominal, também denominada obesidade central, visceral, androide, têm risco aumentado de doença cardiovascular, diabetes, hipertensão e dislipidemia.

A mensuração da circunferência abdominal é feita com fita métrica posicionada na altura da crista ilíaca, ou seja, na região superior do osso da bacia; e o valor preconizado para as mulheres deve ser menor que 88 cm.

Embora a obesidade esteja associada ao aumento da mortalidade cardíaca, e a perda de peso seja benéfica, ciclos alternados e repetidos de ganho e perda de peso (efeito sanfona ou ioiô) estão associados ao aumento do risco de morte por doença coronária.

Um estudo realizado com 33.760 mulheres comprovou este fato e revelou que a mortalidade em seis anos era maior nas mulheres que tiveram grandes variações de peso, em comparação àquelas que não apresentaram alteração. O mecanismo do aumento da mortalidade provavelmente estava relacionado à redução do HDL colesterol em cada ciclo de variação ponderal.

Depois de todas essas informações, vale a pena medir com uma fita métrica a circunferência abdominal e verificar o peso. Se os valores estiverem fora do normal, deve-se pensar imediatamente em uma mudança dos hábitos alimentares. Vale aqui lembrar as palavras do apóstolo São Paulo em 1Cor 3,16-17: “Acaso não sabeis que sois templo de Deus e que

o Espírito de Deus habita em vós? Se alguém destruir o templo de Deus, Deus o destruirá, pois o templo de Deus é santo, e esse templo sois vós”.

Diabetes mellitus

O diabetes é um importante preditivo de risco coronário e de valor prognóstico tanto em homens como em mulheres. O aumento do risco da doença cardiovascular em pacientes com diabetes é maior para as mulheres do que para os homens. Mulheres diabéticas têm três a cinco vezes mais chance de desenvolver infarto do miocárdio ou AVC do que os homens. A mortalidade em mulheres com diabetes é 8,7 vezes maior do que nas não diabéticas, e o risco de um ataque cardíaco fatal é muito elevado. Mulheres diabéticas têm 3,5 vezes mais possibilidades de terem infarto fatal, enquanto que homens têm 2,1 vezes, quando comparados com pessoas não portadoras da doença.

História familiar

O histórico familiar para doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, deve ser valorizado quando se analisa o risco cardiovascular no sexo feminino.

Mulheres com familiares que tiveram a doença cardiovascular prematuramente devem se preocupar com a possibilidade de desenvolvimento da doença, fazendo-se necessários cuidados preventivos.

Recentemente, testes genéticos vêm sendo empregados para o reconhecimento de alguns tipos de polimorfismos genéticos (variações de genes) que favorecem a ocorrência da doença cardiovascular. Por meio

desses exames, ao reconhecermos as pessoas mais susceptíveis à doença cardiovascular, podemos convencê-las a adotar um estilo de vida saudável, a fim de prevenir a ocorrência da doença. Esse aspecto, ainda que prematuro e sem comprovações suficientes, não deixa de ser uma expectativa para um futuro bem próximo.

Vida sedentária

Embora as mulheres não sejam tão adeptas das atividades físicas como os homens, a prática regular de exercícios físicos, para elas, é de grande importância na prevenção de doenças coronárias e de acidente vascular cerebral, contribuindo consequentemente para uma redução das taxas de mortalidade.

Anticoncepcionais orais

Não existem evidências de que a utilização de anticoncepcionais orais com baixas concentrações de hormônios possa aumentar o risco de doença coronariana a não fumantes com menos de trinta anos de idade. No entanto, no caso de mulheres acima dos 35 anos, fumantes de mais de 25 cigarros por dia, que fazem uso de anticoncepcional oral, o risco coronariano é significativamente maior se comparado com as que não tomam o medicamento.

Uso abusivo de álcool

A ingestão de dois drinques alcoólicos por dia está associada ao aumento da incidência de hipertensão arterial. A ingestão moderada de

álcool pode apresentar efeito cardioprotetor, mas pode também estar associada ao aumento da incidência de câncer de mama.

Outros fatores

Um dos estudos mais importantes realizados com mulheres foi o The Women's Health Study, e um de seus resultados foi a conclusão de que os níveis da proteína C-reativa (PCR) eram um forte fator de risco independente para a doença cardiovascular. Esse fator, aliado a outros, como o colesterol total, pode ter valor preditivo maior do que o LDL colesterol na estratificação do risco coronário em mulheres.

Há também fatores como a microalbuminúria, possivelmente um sinal de lesão vascular, que podem ser marcadores de doença arterial em estágio inicial; fatores hemostáticos, como o aumento da concentração de fibrinogênio no sangue, que ocasionam elevação dos índices de risco coronário nas mulheres; um estado pró-coagulante associado ao fator V de Leiden; hiperhomocisteinemia – a elevação da concentração sérica da homocisteína –, que estaria associada ao aumento da incidência dos eventos coronarianos em mulheres, aspecto que é revertido com o uso simultâneo de folatos acima de 400 mg/dia e vitamina B6 acima de 3 mg/dia.

Fatores psicossociais

Situações econômicas desastrosas e baixo nível socioeconômico, particularmente no caso das mulheres, aumentam a morbidade e a mortalidade decorrentes da doença cardiovascular. Tais situações, somadas

ao estresse psicossocial e aos fatores estressores da vida, podem acelerar o processo de ocorrência da doença cardiovascular em mulheres.

Desde a Antiguidade, os indivíduos têm sido intuitivamente instruídos a respeito dos efeitos maléficos da hostilidade sobre a saúde. Indivíduos explosivos, hostis e rancorosos sempre foram alvo de maior atenção no que diz respeito à possibilidade de ataques cardíacos.

Vários estudos foram feitos com o objetivo de se definir um padrão de comportamento propício para a instalação da doença cardiovascular. Foram analisadas as características comportamentais das pessoas, tais como o comportamento hostil, a ambição extrema, a competitividade, a preocupação constante com metas e o viver perigosamente. Embora o estudo não tenha conseguido definir um padrão de personalidade, os autores puderam comprovar que o ódio e a hostilidade estão significativamente associados ao aumento dos eventos coronarianos na população sadia, bem como de determinar prognóstico insatisfatório nos pacientes portadores de doença coronária.

Provavelmente, o ódio e a hostilidade alteram a suscetibilidade à doença coronária, ocasionando perda do sincronismo neurovegetativo do sistema cardiovascular e levando ao aumento de liberação de catecolaminas, de fatores inflamatórios e de coagulação, tais como a interleucina-6, da proteína C-reativa, do fibrinogênio e dos níveis de cortisol.

Um estudo realizado na Universidade de Pavia, na Itália, analisou a influência da oração do terço sobre parâmetros indicativos do sistema nervoso autônomo, como pressão arterial, fluxo sanguíneo cerebral, frequência cardíaca, e mostrou que durante a oração ocorria o equilíbrio dessas variáveis. Possivelmente, o sincronismo dos movimentos respiratórios determinados pela reza do terço foi o responsável pela interação dos sistemas simpático e parassimpático, de modo a regular a

resposta autonômica, reduzindo assim os efeitos prejudiciais das descargas adrenérgicas.

A depressão tem sido identificada como um possível fator de risco coronário, uma vez que pode piorar o prognóstico do infarto do miocárdio, além de reduzir a sobrevida após o evento coronário, em virtude da ocorrência de arritmias graves. Embora ela pareça ser um marcador de aumento de risco coronário após o infarto do miocárdio, sua definição como fator de risco independente necessita ser melhor discutida, pois podem coexistir múltiplos fatores complicadores responsáveis pelo mau prognóstico.

Recomendações à saúde da mulher

- Praticar atividade física moderada durante pelo menos meia hora diariamente. Para conseguir o controle de peso, pratique de sessenta a noventa minutos todos os dias;
- Parar de fumar imediatamente e evitar ambientes de fumantes para livrar-se do tabagismo passivo;
- Após o infarto do miocárdio, evento cerebrovascular, diagnóstico de angina, doença arterial periférica ou cirurgia de coronárias, frequentar programa de reabilitação e redução de riscos;
- Reduzir o peso até atingir o IMC de 18,5 a 24,9 kg/m² e circunferência da cintura menor que 88 cm;
- Manter uma dieta saudável para o coração. A suplementação de Omega-3 é recomendada para mulheres com doença coronária ou com triglicérides em nível elevado;
- Combater o aumento do colesterol no sangue;
- Controlar a hipertensão arterial;
- Manter em dia o tratamento do diabetes;
- Se ainda for fumante, tomar cuidado com o uso de anticoncepcionais orais;
- Recomenda-se o uso de aspirina 81 mg diariamente para mulheres acima de 65 anos de idade, com pressão arterial controlada, caso não haja contraindicação de seu uso por alergia ou úlcera péptica;
- Tomar cuidado com a depressão;
- Cuidar da vida espiritual.

Como aumentar os níveis do bom colesterol (HDL)

Dentre as várias proposições para reduzir o risco coronariano, foi citada a de prestar muita atenção aos níveis de colesterol, não só encontrando soluções para diminuir os valores do colesterol total e do mau colesterol (LDL), mas também mostrando alguns caminhos para manter sempre o bom colesterol acima dos valores preconizados.

Não existe um HDL normal, mas sim um nível desejável, sugerido pelos “*experts* em colesterol”: para os homens, é indicado valores acima de 60 mg/dL; para mulheres, acima de 50 mg/dL. Algumas mulheres têm a sorte de possuir genes suficientemente capazes de produzir altos níveis sanguíneos de HDL.

Desconsiderando esses aspectos genéticos, devemos ter em mente algumas situações que podem favorecer o aumento desse bom colesterol, a saber:

- Exercícios físicos aeróbicos

Trinta minutos de sessões diárias de atividades aeróbicas, como andar depressa, correr, nadar, andar de bicicleta, são suficientes para aumentar o HDL em 5 a 10%. É importante salientar que a frequência cardíaca deve ficar, pelo menos por vinte minutos, dentro da faixa de treino, ou seja, 50 a 80% da frequência cardíaca máxima.

- Redução de peso

Se você está acima do peso, poderá elevar em 1 mg/dL os seus níveis de HDL colesterol a cada três quilos perdidos. No entanto, lembre-se do que já foi recomendado anteriormente: tomar cuidado com a dieta ióiô, aquela constituída por repetidos aumentos e perdas de peso, uma vez que tal tipo de dieta pode reduzir o HDL e aumentar o risco coronário e de morte.

- Parar de fumar

Fumantes têm níveis de HDL menores do que os não fumantes. Após a suspensão do cigarro, há um aumento de 15 a 20% desses valores.

- Ingestão de gorduras saudáveis e carboidratos

Evitar gorduras trans-saturadas, que contêm o mau colesterol e diminuem o bom colesterol. Substituí-las pelas poli e monoinsaturadas de óleos vegetais (oliva, canola, soja), de oleaginosas (amêndoas, amendoim, noz-pecã) e de peixes (salmão, atum). Um estudo importante, o OmniHeart Trial, mostrou que dietas com 37% de suas calorias provenientes de gorduras insaturadas (predominantemente mono) promovem redução dos níveis do LDL e de triglicérides e aumento do HDL. É importante também evitar carboidratos refinados, tais como farinhas brancas, e escolher sempre produtos integrais.

- Consumo de álcool

Uma taça de vinho tinto por dia (150 ml), do tipo seco, pode ser benéfica para pessoas que não sejam diabéticas, hepatopatas, alcoólatras em tratamento etc.

- Medicamentos

Existem vários medicamentos que podem elevar os níveis do HDL colesterol, em contrapartida, geralmente, produzem efeitos colaterais, tais como sintomas gastrointestinais, vermelhidão cutânea seguida de prurido e mal-estar. Desse modo, deve-se evitar tomar qualquer medicação sem indicação do médico.

Um dado interessante e ao mesmo tempo muito recente: indivíduos que aumentam os níveis de HDL colesterol à custa de medicamentos não apresentam os mesmos benefícios protetores do HDL naturalmente elevado, ou seja, não conseguem a esperada redução dos eventos coronarianos. Esse assunto é muito recente e necessita de mais

investigação, mas vale ficar informado e sempre atento às inovações da medicina.

Reposição hormonal – fazer ou não?

O climatério é o período de transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da mulher, e nela ocorre a deficiência de hormônios sexuais decorrente do funcionamento irregular dos ovários. Estes são responsáveis pela produção dos óvulos, que constituem o patrimônio genético da mulher, isto é, cada mulher tem a capacidade de produzir uma quantidade pré-determinada de óvulos. Os ovários são como despensas onde são guardados os óvulos que serão usados nas menstruações. Com o passar dos anos, os óvulos serão gastos, e então os ovários perdem a sua função e deixam de produzir os hormônios femininos. Menopausa é a data da última menstruação.

Os hormônios produzidos pelos ovários são de extrema importância para a mulher, e a sua falta ocasiona os achados típicos da menopausa, a saber:

- padrões menstruais alterados, com diminuição ou aumento do fluxo menstrual; infertilidade;
- fogachos (ondas de calor com rubor facial, sudorese quente excessiva) é o selo do climatério;
- manifestações psicológicas como ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia e diminuição da libido;
- secura vaginal que pode levar à dispareunia (dor no momento da relação sexual); perdas urinárias imperceptíveis; coceiras na região genital etc.;
- facilidades a fraturas por osteopenia ou osteoporose;

- aumento dos níveis de gordura do sangue (triglicérides e mau colesterol) com aumento do risco cardiovascular;
- depósito de gordura abdominal, elevando o risco cardiovascular;
- aumento da pressão arterial.

Terapia hormonal e menopausa

O tratamento hormonal das queixas do climatério é muito antigo, e desde o século XIX existem relatos da utilização, na Alemanha, de preparados obtidos de extratos de ovários de animais em mulheres menopausadas. Em 1923, o estrogênio, como é chamado um dos hormônios produzidos pelo ovário, foi caracterizado como o principal hormônio sexual ovariano e, a partir daí, começou a ser utilizado nos primeiros preparados comerciais, mas somente em 1942 foi colocada à disposição da classe médica a prescrição de terapia hormonal para as mulheres que se queixavam dos sintomas decorrentes da menopausa.

Em 1966, nos Estados Unidos, foi lançado um livro destinado ao público leigo denominado *Feminina para Sempre*, onde o autor preconizava o uso da reposição hormonal para combater o envelhecimento. Essa publicação teve enorme repercussão em todo o mundo e levou a uma enorme adesão das mulheres à terapia de reposição hormonal. Nos Estados Unidos, em 1970, um terço das mulheres com mais de cinquenta anos realizava o tratamento.

Em 1990 esse procedimento foi estendido para todas as mulheres em menopausa, independente da idade, pois acreditava-se que, por estar a baixa de estrógenos associada a alguns fatores de risco cardiovasculares, o seu emprego poderia prevenir a ocorrência do infarto do miocárdio e do acidente vascular cerebral. Assim, durante muitos anos, a prescrição da terapia de reposição hormonal foi usada como profilático da doença cardiovascular, além da principal razão do seu uso, que era a melhoria dos sintomas da menopausa.

Vários estudos foram feitos e seus resultados mostravam a nítida relação entre reposição hormonal e redução dos índices de infarto e de AVC. No

ano de 2000, no entanto, o Instituto de Saúde dos Estados Unidos iniciou uma série de estudos com o objetivo de definir os riscos e os benefícios das estratégias que potencialmente poderiam prevenir a doença cardiovascular em mulheres na menopausa. Esse estudo, denominado Women's Health Initiative (WHI), tinha como propósito principal observar se a terapia hormonal teria, de fato, efeito redutor dos eventos cardiovasculares em mulheres entre cinquenta e 79 anos.

Após cinco anos e dois meses de estudo, a investigação foi suspensa, tendo em vista os resultados preliminares observados que mostravam o aumento dos eventos cardiovasculares, acidente vascular cerebral e trombooses venosas, além de câncer de mama, no grupo de mulheres que recebiam a reposição hormonal conjugada (estrógeno e progesterona).

Os resultados desse estudo foram divulgados tanto nos meios médicos como aos leigos, causando um grande impacto na população feminina do mundo todo e alterando o comportamento das mulheres e dos médicos com relação à prescrição desses hormônios, que chegou a ser reduzida em 74% nos Estados Unidos.

Posteriormente, no entanto, com a publicação dos resultados finais desse estudo, verificou-se que o uso dos hormônios conjugados não preveniu nenhum tipo de evento cardiovascular, enquanto que o uso isolado de estrógenos resultou na redução dos casos de infarto, AVC ou tromboembolismos venosos em mulheres que iniciaram a terapia hormonal com menos de sessenta anos de idade.

Tais resultados permitiram que novamente se prescrevesse a reposição hormonal (terapia isolada com estrógenos) para a prevenção de doenças do coração e dos vasos em mulheres com menos de sessenta anos de idade.

Recentes investigações vêm mostrando que mesmo o uso de hormônios conjugados (estrógeno e progesterona) parecem reduzir o número de eventos cardiovasculares desde que sejam administrados por mulheres

com menos de sessenta anos ou com intervalo de dez anos da última menstruação.

Existem ainda estudos em andamento, contudo, somente após seus resultados finais poderemos ter conclusões definitivas sobre este assunto, para assim sabermos quais as mulheres que poderiam receber com segurança os hormônios.

Coração feminino e masculino – diferentes?

Atualmente, o Ministério da Saúde divulga as estatísticas da incidência das doenças cardiovasculares no Brasil, e registrou-se que estas são as que mais matam mulheres hoje. A taxa de mortalidade por infarto do miocárdio em mulheres é maior do que a dos homens em qualquer faixa de idade analisada.

Ao mesmo tempo, sabe-se que com as campanhas preventivas a doença cardiovascular vem diminuindo no mundo todo, mas o que chama a atenção dos governantes é que essa diminuição não tem sido relevante nas mulheres.

Por que essa diferença? Por que as mulheres estão morrendo mais que os homens? A doença cardiovascular no homem e na mulher é diferente? Para entendermos um pouco mais sobre esse mundo tão enigmático das mulheres, e então identificar a mulher de risco, apresentarei as diferenças.

Dados consistentes indicam que o sexo (masculino e feminino) tem grande influência na doença cardiovascular. É possível que a mulher apresente a doença de uma forma mais grave do que o homem por várias razões, a saber:

- a artéria coronária da mulher é menor do que a do homem (artéria coronária é um vaso que leva oxigênio para as células do coração. Quando ela se fecha, ocorre o infarto);

- a circulação colateral¹ da mulher é menos proeminente do que a do homem;

– o padrão da aterosclerose tem características especiais na mulher. Suas artérias ficam mais duras e inteiramente acometidas e com graus menores de obstrução que as dos homens;

– a doença é mal diagnosticada na mulher.

Uma curiosidade vale a pena ser comentada: quando se faz um transplante do coração, essas diferenças são mais evidentes. Se o doador e o receptor são mulheres, poucas alterações nas coronárias são evidenciadas. Quando um coração feminino é transplantado em um homem, no entanto, as artérias coronárias aumentam de tamanho, ressaltando a importância da relação hormonal com o sistema cardiovascular.

As alterações hormonais cíclicas, durante as diferentes fases da vida das mulheres, podem ser responsáveis por várias respostas fisiopatológicas. Os esteroides sexuais femininos têm importante função protetora no sistema cardiovascular até a menopausa, época em que a mulher se torna vulnerável à doença cardiovascular.

A evolução da doença coronária na mulher independe da idade: mulheres jovens podem ter infarto ou morte súbita como primeiro sinal da doença; já as mais idosas têm um desenvolvimento da doença comparável com a do homem.

Uma das grandes diferenças entre os sexos são as características dos sintomas clínicos da doença que podem diferir nas mulheres em relação aos classicamente definidos, a ponto de passarem despercebidos pelos médicos atendentes.

A dor no peito é sintoma relevante para o diagnóstico da angina ou do infarto. Muitas mulheres apresentam a dor torácica típica, ou seja, sensação de dor no peito, em aperto, com irradiação para os membros superiores, faces laterais do pescoço e para as costas. Nos quadros

anginosos, a dor piora com a atividade física, melhora com o repouso e tem duração curta; já no infarto, ela é intensa, de longa duração (mais de vinte minutos) e pode vir acompanhada de suor frio, palidez cutânea, náuseas e vômitos.

Um número elevado de mulheres, por outro lado, apresenta quadros atípicos, que podem propiciar erros diagnósticos fatais. Ao invés da mulher apresentar a dor torácica clássica, intensa, no meio do peito, como acontece nos homens, ela apresenta fadiga, respiração curta, pressão ou aperto na “boca do estômago”, náuseas, vômitos, torpor nos braços e/ou dor nos maxilares. Além disso, quando alegam dor, a intensidade é menor do que a dos homens ou não se queixam do sintoma, situação extremamente perigosa, uma vez que pode retardar o atendimento médico ou mesmo ocasionar um erro de diagnóstico.

Uma pesquisa mostrou que, embora 67% das mulheres conheçam as características clássicas da dor da angina ou do infarto, somente 10% sabem que as mulheres podem ter sintomatologia menos evidente do que o homem e 7% relatam não conhecerem nada sobre o assunto. As mulheres se informam sobre a doença cardiovascular por meio de revistas femininas (43%), programas de TV (24%), rádio e/ou jornais; poucas (18%) citam ter ouvido do seu médico algo sobre o assunto, por isso o importante papel da mídia na divulgação da prevenção dessa moléstia.

Muitas mulheres interpretam os seus sintomas como insignificantes, preocupando-se mais com os problemas ginecológicos do que com os cardiovasculares, embora estes sejam os responsáveis pelo grande número de mortes de mulheres no mundo todo, como já mencionado anteriormente.

Seguem alguns dados interessantes sobre o problema:

- mulheres demoram mais tempo para serem atendidas do que os homens nas emergências hospitalares. Enquanto os homens eram

atendidos vinte minutos após chegarem ao hospital, as mulheres eram socorridas após trinta minutos;

- são menos submetidas a procedimentos invasivos como cateterismo cardíaco, angioplastia coronária, a cirurgia de revascularização miocárdica, ou seja, procedimentos que podem aumentar a sobrevida dos pacientes;

- médicos falham em reconhecer os sintomas atípicos do ataque cardíaco na mulher. Somente 20% dos médicos sabem que há maior mortalidade da mulher por conta da doença cardiovascular;

- dois terços das mulheres que morreram subitamente de doença cardíaca não tiveram esse diagnóstico feito previamente. Muitas tiveram suas queixas atribuídas à indigestão, depressão, ansiedade, fibromialgias etc.

1 Ramificações das artérias coronárias que se interligam de forma a protegerem o músculo cardíaco na eventualidade de uma obstrução.

O estresse e o coração da mulher

Atribui-se ao estresse uma enormidade de situações prejudiciais para a nossa saúde física e mental, mas sem ele não conseguiríamos viver, pois se entende como estresse a atividade biológica necessária para a adaptação do organismo a uma situação desconhecida. Além disso, o estresse não é apanágio da civilização moderna, pois, se não fosse ele, seguramente a humanidade não existiria.

Imaginem o homem das cavernas saindo em busca de alimento, que, na época, só poderia ser a carne de algum animal. Ao sair para caçar, tinha que estar muito atento e preparado para não ser a caça de algum predador. Para isso, obrigatoriamente, teria que estar com todos os seus mecanismos estressores muito bem ativados, isto é, a sua hipófise – glândula endócrina situada no cérebro que comanda uma série de importantes hormônios – produziria substâncias que estimulassem a glândula suprarrenal a fabricar o cortisol, o chamado hormônio do estresse, e as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), além de outros hormônios.

O aumento da concentração de catecolaminas no sangue faz o coração bater mais rápido e aumenta a pressão arterial, objetivando conduzir maior quantidade de sangue para os membros superiores e inferiores, que devem estar preparados para lutar, caçar e correr do predador.

Ao mesmo tempo, como o fluxo de sangue é dirigido para os grandes músculos, ocorre uma redução relativa do sangue na circulação cerebral, ocasionando tonturas e sensações de sair do corpo, sintoma relatado pelos

pacientes. Essa diminuição relativa do fluxo na circulação periférica ocasiona palidez cutânea e suor frio.

Desse modo, o caçador deve ficar muito atento, não podendo se dispersar, senão perde a caça ou morre; seu foco de atenção deve ser apenas o inimigo. Ele não percebe o que acontece ao seu redor, o que explica as deficiências da memória recente e a turvação visual causada pela dilatação das pupilas.

Essas alterações ocorridas nos nossos antepassados ocorrem no homem moderno, que também sai de sua casa para simbolicamente caçar o ser caçado, sofrendo todas as repercussões do estresse.

Na época de nossos ancestrais, esse mecanismo era destinado à sobrevivência diante dos perigos concretos e próprios, como era o caso das ameaças de animais ferozes, das guerras tribais, das modificações climáticas, da busca pelo alimento, da luta pelo espaço geográfico. Para o homem moderno, no entanto, houve o aparecimento de outros perigos, que substituíram aqueles que eram motivo de estresse para o homem das cavernas. Hoje, temos a competitividade e a insegurança social, a competência profissional, a sobrevivência econômica, as perspectivas futuras e uma infinidade de ameaças abstratas, o que cria um estresse persistente e crônico, proporcionando um aumento constante da adrenalina e do cortisol no sangue e determinando as agressões a várias partes do nosso organismo, em especial ao sistema cardiovascular.

Dentre essas novas realidades, encontra-se a mulher moderna, que cada vez mais assume o seu papel na sociedade, atuando em áreas anteriormente ocupadas somente pelos homens. Este fato a obriga a competir profissionalmente e a enfrentar o estresse no trabalho. Além disso, exerce o seu papel na família, encarando, mesmo após um estressante dia de trabalho, todos os problemas do cotidiano e o estresse familiar. Ainda, como esposa, nem sempre afetivamente preenchida, luta

contra os perigos do estresse conjugal, que pode ser considerado o pior de todos.

Um estudo interessante sobre o coração da mulher, apresentado frequentemente em minhas palestras, mostrou que mulheres bem casadas e solteiras possuíam menor quantidade de placas de gordura nas artérias carótidas (que levam sangue ao cérebro) do que aquelas que eram mal casadas. Esse dado sugere que o estresse conjugal ou marital é fator importante para a ocorrência de acidente vascular cerebral, causado pelo entupimento das carótidas.

Vários estudos demonstram a correlação entre a ocorrência de doenças das artérias coronárias (artérias que levam o sangue ao músculo cardíaco), tanto a angina como o infarto, com o estresse, além de dar condições para se reconhecer as pessoas predispostas a tal por meio de estudo da personalidade. Existem importantes evidências de que a hostilidade, o cinismo e a raiva possam ser fatores relacionados com o aumento do risco cardiovascular.

Um importante estudo multicêntrico realizado em 52 países mostrou que os indivíduos que sofreram infarto do miocárdio haviam, antes do ocorrido, vivido situações de separação/divórcio, perda de emprego ou aposentadoria, prejuízos ou falência na empresa, doença grave em si ou em entes queridos, morte de parente próximo ou da esposa, ou outra grande situação estressante.

Os aumentos dos eventos cardiovasculares estão também associados a catástrofes, como:

- durante cinco dias após o terremoto que ocorreu em Atenas, na Grécia, em 1981, a incidência de mortes por causa cardíaca aumentou significativamente;

– durante seis semanas subsequentes ao terremoto de Hanshin-Awaji, no Japão, houve dez mortes por doenças cardiovasculares comparadas com três que ocorreram no mesmo período do ano anterior;

– durante a Guerra do Golfo de 1991, na primeira semana de ataques de Israel contra o Iraque, vinte civis sofreram infarto do miocárdio, em uma área servida por um hospital, sendo que a média antes desse acontecimento era de apenas oito;

– após o ataque terrorista às torres gêmeas do World Trade Center, em 2001, houve aumento significativo (49%) de pacientes admitidos nos serviços de emergência em um raio de oitenta quilômetros do local do atentado.

Há muito tempo cardiologistas e psiquiatras tentam encontrar um perfil de personalidade característico dos candidatos a doenças cardiovasculares. Na década de 1920, enfatizou-se a associação entre o exercício da medicina caracterizada pelo trabalho contínuo rotineiro e de extrema responsabilidade com a incidência de sintomas anginosos decorrentes de aterosclerose das coronárias.

Mais tarde, associou-se a ocorrência de infarto do miocárdio a um tipo psicológico denominado “Personalidade tipo A”. Pessoas agrupadas nessa classe são amantes de emoções e de ações, e travam uma luta contínua para atingir suas metas, menosprezando as situações adversas e ocupando exageradamente o seu tempo com o trabalho.

Os indivíduos “Personalidade tipo A” vivem num complexo ação/emoção com luta contínua, crônica e incessante na tentativa de atingir sempre mais em menor tempo. O sentido de urgência no tempo e a hostilidade manifestada ou dissimulada dão origem a aborrecimentos, irritação, rancor e impaciência, sentimentos considerados o ponto central dos indivíduos “Personalidade tipo A”. Esse tipo psicológico pode ser

encontrado em qualquer classe social e é mais comum em pessoas com trabalho ativo e com idade entre trinta e cinquenta anos.

Ao contrário, indivíduos com a “Personalidade tipo B” têm menor possibilidade de doença cardiovascular, e não apresentam níveis significativos de aborrecimentos, irritação, rancor ou impaciência. São normalmente seguros, firmes, tranquilos, conscientes de suas aptidões e potencial, não são competitivos e têm grande capacidade de dar e receber afetos.

Essa classificação foi a causa de muitas discussões e, por certo tempo, foi abandonada, mas, recentemente, em virtude dos resultados de grandes estudos multicêntricos, que apontam o estresse, a depressão, a ansiedade como fatores de risco, a literatura médica vem se interessando novamente por essa tipologia psicológica.

O mundo moderno contribui para tudo isso, podendo ser verificado nas mudanças que envolvem a vida da mulher. Por conta de sua participação mais efetiva na sociedade, as mulheres vêm substituindo os homens em diversas áreas – política, economia, governo – e adquirindo os mesmos poderes de decisão outrora próprios deles, por isso o sexo feminino também herdou do masculino todos os fatores estressores que possivelmente contribuem para a ocorrência das doenças cardiovasculares.

Um estudo revelou que o risco de desenvolvimento da doença coronariana em mulheres com “Personalidade tipo A” é maior naquelas que têm dupla função, ou seja, com atribuições domésticas e executivas. Outro dado chamativo: mulheres tipo A e que trabalham fora de casa possuem mais chance de ter infarto do que homens tipo B com trabalho externo.

Abaixo seguem algumas características da “Personalidade tipo A”, para que seja possível fazer uma análise sumária da própria personalidade. Deve-se lembrar, no entanto, que, como a doença cardiovascular é

multifatorial, isto é, apresenta várias causas, para uma correta estratificação do risco cardiovascular, é necessário analisar a somatória de todos os fatores de risco presentes, e não apenas um em isolado.

- 1- Tendência a atingir metas não tão bem definidas ou muito elevadas;
- 2- Acentuado impulso para competir;
- 3- Desejo constante de ser reconhecido e de progredir;
- 4- Envolvimento simultâneo em múltiplas funções;
- 5- Impossibilidade prática e falta de tempo para concluir alguns empreendimentos;
- 6- Preocupação física e mental;
- 7- Incapacidade de relaxamento satisfatório, mesmo em épocas de folga, férias ou viagens de lazer;
- 8- Insatisfação crônica com as realizações;
- 9- Grau de ambição sempre acima do que se obteve;
- 10- Movimentos rápidos do corpo;
- 11- Tensão facial excessiva;
- 12- Entonação emotiva na conversação normal;
- 13- Mãos e dentes sempre apertados.

A depressão e o coração da mulher

Estudos recentes comprovam a nítida correlação entre a depressão e a ocorrência da doença das coronárias. Cerca de 20% das pacientes infartadas já apresentavam os sintomas de depressão previamente ao evento coronário, enquanto que 33% podiam apresentá-los imediatamente após a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Existem algumas explicações para a associação entre a depressão e a ocorrência de doenças cardiovasculares. Acredita-se que a depressão possa aumentar a atividade das plaquetas, elementos do sangue responsáveis pelo início da coagulação e formação dos coágulos, de modo a facilitar a trombose. Por outro lado, indivíduos deprimidos têm apresentado maior tendência à deposição de gorduras nas paredes dos vasos e consequente endurecimento de suas paredes e ocorrência de aterosclerose.

Outra explicação para justificar o aumento da ocorrência de eventos cardiovasculares nas pessoas deprimidas pode ser a falta de aderência ao tratamento. Por desilusão ou desesperança, os próprios deprimidos parecem facilitar a recorrência dos problemas coronários por não obedecerem às recomendações médicas para a manutenção da saúde. Trata-se da desistência depressiva, ou seja, uma forma indireta de suicídio.

A depressão atinge de 8% a 10% das mulheres, na maioria das vezes na quarta década da vida, e 3% a 5% dos homens. É considerado um dos maiores problemas de saúde pública dos países industrializados, pois é uma das principais causas de afastamento do trabalho. As consequências anuais dessa doença foram estimadas em 11,5 bilhões de euros no Reino Unido e em 83 bilhões de dólares nos Estados Unidos (EUA).

Após o primeiro episódio, a depressão pode voltar em até dois anos nos 40% dos casos. Após duas crises, no entanto, há 75% de possibilidade de recorrência em menos de cinco anos. Dez a 30% dos pacientes tratados têm resposta terapêutica incompleta, persistindo alguns sintomas ou distímia (humor deprimido).

No nosso dia a dia, a palavra “depressão” pode significar desde um revés econômico a uma profunda tristeza ou simplesmente momentos de humor deprimido. Por isso, é importante lembrarmos que a tristeza é uma reação normal de nosso psiquismo diante a perdas materiais ou afetivas (fim de relacionamento, separação, divórcio, perda da independência por doença limitante, entre outros). É um sentimento fisiológico que possui um elemento causador e uma duração.

Podemos falar em depressão maior quando aparecem pelo menos cinco dos nove sintomas a seguir, sendo um deles o humor deprimido ou a perda de interesse/prazer, presentes quase todos os dias em um período mínimo de duas semanas consecutivas:

- humor deprimido diário, mais acentuado pela manhã;
- perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades;
- falta ou excesso de sono;
- aumento ou perda do apetite e peso;
- lentidão ou agitação de movimentos;
- falta de energia ou fraqueza;
- dificuldade de concentração e indecisão;
- sentimentos de culpa e de inferioridade;
- pensamentos de morte ou suicidas.

Além da depressão maior, existem outras variações da doença que também devem ser conhecidas, para que possamos ter um conhecimento mais profundo, como:

Distímia – caracterizada pela presença de sintomas depressivos, como perda de prazer ou interesse nas atividades, baixa autoestima e perda de energia por dois anos consecutivos.

Depressão menor – não há necessidade da presença crônica dos sintomas como na distímia, mas alguns dos nove sintomas descritos na depressão maior devem estar presentes.

Depressão atípica – o tipo mais comum de depressão, reconhecida nos consultórios não especializados em psiquiatria. São pessoas que têm alguns dos sintomas descritos para a depressão maior, mas que não atingem os cinco necessários para o diagnóstico. É comum apresentarem fome excessiva com compulsão por massas e doces e consequente ganho de peso e sono excessivo.

Depressão sazonal – forma de depressão que varia com épocas do ano. Mais comum nos países frios, onde o inverno rigoroso impede as pessoas de saírem de casa. No Brasil, pode estar presente nas datas comemorativas de Natal e final do ano, onde as lembranças de entes queridos podem desencadear a depressão.

A grande maioria das mulheres deprimidas mostra um sofrimento moral, isto é, um sentimento de autodepreciação, autoacusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa, rejeição, feiura, fraqueza, fragilidade e mais um sem-número de adjetivos depreciativos. Esse sofrimento nem sempre é consciente e, às vezes, esconde-se atrás de reações opostas que ofuscam a realidade. Isso pode ser exemplificado por mulheres que se irritam por estar em filas ou ainda esbravejam contra seguranças que, cumprindo sua função, pedem documentos de identificação. São complexos de inferioridade mascarados por atitudes exteriores opostas. A baixa autoestima transforma todos em inimigos potenciais, capazes de depreciar, julgar e avaliar.

O sofrimento moral deve ser considerado o maior responsável pelo desejo suicida nas depressões graves. Revela-se como prova doentia do ser, de seu fracasso na vida e de sua falência existencial.

Outra característica das deprimidas é a inibição global, manifestada por meio da lentidão dos processos físicos e psíquicos do paciente, apatia total e lassidão. É necessário esclarecer aqui que a inibição global é secundária à depressão, ou seja, se a pessoa está apática, não quer sair de casa e não tem vontade para nada, é porque ela está doente. A mulher deprimida é desanimada e não tem força para nada em virtude da depressão, e não porque ela quer. Por isso, não tem sentido dizer ao paciente: “Você tem que se levantar, tem filhos que a adoram, marido que faz tudo para você, tem de tudo, não lhe falta nada. Olhe para os lados, veja quantas pessoas estão abandonadas nas ruas”.

É totalmente contraproducente insistir para que a vovozinha deprimida saia de casa e vá passear no shopping, pois certamente ela voltará pior. Devemos entender que a depressão é uma doença, e que o paciente quer sair desse estado, mas não consegue. Para ajudá-lo, temos que ouvi-lo, entendê-lo, partilhar com ele o sofrimento; temos que lhe dar um ombro amigo para que chore todas as suas culpas, emoções, ansiedades; temos que lhe dar AMOR!

Outro sintoma característico da depressão é a perda do prazer por todas as coisas. O universo de interesses vai se estreitando e sendo substituído pelo desencanto e pela decepção com tudo e com todos, restando uma única preocupação: sua dor, seu sofrimento, seu deserto interior. É nesse momento que a mulher deprimida deve “aproveitar” a depressão, que a obriga a pensar somente em si mesmo e a fazer uma análise e retrospectiva de sua vida; reviver os momentos bons e ruins; aproveitar essa ocasião em que se encontra absolutamente sozinha, nua, aberta, sem forças para nada, para fazer renascer seu “eu” verdadeiro, livre das

personas adquiridas ao longo da vida. O momento mais triste e mais sofrido da depressão é justamente este, quando se olha para dentro de si, sem máscaras, mentiras ou desculpas, e vê a verdadeira essência, o verdadeiro “eu”.

E assim, após essa catarse, renasce a mulher verdadeira, renovada, desprovida de complexos, máscaras e de todas as feridas psíquicas causadoras da depressão.

Esse processo é muito complexo e doloroso, carecendo sempre da ajuda de um profissional experiente. Mas, mais do que isso, necessita da vontade, da entrega e principalmente da espiritualidade da pessoa deprimida.

Viktor Frankl foi um médico psiquiatra austríaco. Judeu, esteve preso em um campo de concentração por muitos anos, onde percebeu que o ser necessita encontrar razões para sua existência.

Uma vida sem objetivo, sem razão de ser, torna-se vazia, sem graça. Então vêm a depressão e todas as suas complicações. Vivemos em busca de um significado para nossa vida, e nem sempre temos a resposta para as nossas perguntas. É próprio do ser humano questionar-se de situações existenciais: qual a nossa origem? Qual a finalidade da vida? Como explicar a presença do mal, do sofrimento e a inevitabilidade da morte?

As respostas, muitas vezes, não são suficientes para essas questões, mas o importante é sempre estarmos em busca delas. Hoje em dia, milhares de homens são tentados a perder a própria razão e a esperança de viver por estarem privados das mínimas condições materiais de existência.

A fome, a indigência imposta pelas condições injustas da vida social, a falta de trabalho e de recursos mínimos de educação, assistência médica e social levam as pessoas, tanto em países ricos como em países pobres, a

desconhecer o significado da própria existência. Se isso acontece, como elas irão ver a vida dos outros? Por isso os assassinatos, os estupros... Ao perderem a razão existencial, vivem como animais.

Várias pesquisas têm demonstrado que é mais angustiante para o homem moderno, especialmente para os jovens, a crise provocada pela falta de sentido e significado da vida, o sentimento de vazio, do que a carência ou as dificuldades na aquisição de outros bens.

A profunda experiência de Frankl no campo de concentração de Auschwitz levou-o a confirmar que cada pessoa é um ser único, que pode reter uma última reserva de liberdade para tomar uma posição, ao menos interior, mesmo sob as mais adversas circunstâncias. Nessa profunda dimensão do “eu”, sabemos que “não apenas somos, mas a cada momento devemos decidir o que seremos”.

Quando somos despojados de tudo o que temos – família, amigos, influência, status e bens –, ninguém pode nos tirar a liberdade de decidir o que devemos ser. Essa liberdade não é algo que possuímos, mas algo que somos. Por isso, todo ser humano possui o poder e a liberdade de elevar-se acima do seu próprio “eu” e tornar-se um ser humano melhor. Temos a capacidade de transformar e melhorar nossas vidas, basta darmos o “sim” para nossa consciência e para Deus.

A renovação total do homem, no entanto, é árdua, trabalhosa e dolorosa, pois ocorre sempre após a perda de valores que ele considerava como importantes – fracassos financeiros, de relacionamentos, de entes queridos ou frustrações com ideais não alcançados. É fundamental a certeza de ter a motivação essencial para viver, o encontro de um significado, e não buscar satisfações, poder ou riquezas materiais, que podem apenas contribuir para o bem-estar, mas são simplesmente meios utilizados para atingir um fim, quando usados de forma significativa.

Devemos usufruir dos bens materiais concedidos por Deus, nunca os deixando ser a principal razão da nossa existência. Pessoas focadas apenas no dinheiro e nos bens materiais, após um desastre econômico, entram em crises depressivas intensas, por não terem a necessária consistência espiritual para enfrentar a situação.

Como oportunamente explica Joseph Fabry, discípulo e seguidor de Viktor Frankl, o homem, na sua integralidade, compreende as três dimensões, ou seja, a física, a psíquica e a espiritual, mas é a dimensão propriamente humana que permitirá a transcendência da própria pessoa, fazendo dos significados e valores uma parte fundamental de sua existência. Nesse sentido, cada pessoa é um ser único, que vive por meio de infinitos momentos únicos e insubstituíveis que oferecem, cada um deles, um significado em potencial (isto é, aberto também para o futuro). Se reconhecermos esse potencial e formos capazes de corresponder a ele, nossa vida terá um sentido e a conduziremos de forma responsável.

Para Frankl, somente quando nos elevamos à dimensão do espírito (mente) tornamo-nos um ser completo. A dimensão humana é a dimensão da liberdade, não aquela proveniente das condições, quer biológicas, psicológicas ou sociológicas (liberdade de alguma coisa), mas sim da possibilidade de tomarmos atitudes de acordo com nossas necessidades (liberdade para alguma coisa). Apenas nos tornaremos seres humanos completos quando atingirmos essa dimensão da liberdade.

Somos prisioneiros da dimensão do corpo e conduzidos pela dimensão psíquico-afetiva, mas na dimensão do espírito somos livres. Não existimos apenas, já que podemos exercer influência sobre nossa existência. Podemos não só decidir que tipo de pessoas queremos ser hoje, como também que espécie de pessoa seremos amanhã. Dentro dessa dimensão noética, fazemos a escolha. Ignorar a dimensão espiritual é reducionismo,

e eis a origem do mal-estar, da sensação de vazio e de uma vida desprovida de significado.

Ao acompanhar o sofrimento do padre Léo até a sua morte, entendi o que Viktor Frankl postulava, uma vez que o padre me mostrou que quando conseguimos transcender o nosso sofrimento, isto é, quando colocamos o nosso sentido de viver em Deus, tudo o que passamos se torna secundário, passageiro, temporário e necessário para o nosso crescimento interior.

O período de sofrimento pelo qual passou – entre uma cirurgia e outra, entre uma quimioterapia e outra, entre as centenas de vezes que precisou de analgésicos potentes para aliviar as dores – foi, para ele, um processo de crescimento interior que serviu como exemplo para todos os que o acompanharam de perto. Suas últimas palavras, pronunciadas na derradeira homilia, naquele memorável Hosana de 2006², foram extremamente valiosas e úteis para podermos enfrentar as perdas que a vida certamente nos imporá. Padre Léo disse:

Viver é administrar perdas! Perdemos tudo no decorrer da vida: posição social e financeira, entes queridos, saúde e outras coisas mais. A única coisa que não podemos perder é a nossa fé em Jesus Cristo.

2 Hosana é um evento realizado em todo primeiro domingo de dezembro pela Comunidade Canção Nova, em Cachoeira Paulista (SP), onde se reúnem mais de duzentos mil católicos do Brasil todo para louvar o Ano Novo.

Doenças espirituais e o coração da mulher

Ao analisar os fatores de risco das doenças do coração e dos vasos, enfoquei detalhadamente todos os parâmetros envolvidos na dimensão física do ser humano. Sem deixar de comentar temas relacionados à dimensão psíquica do homem, descrevi os fatores psicossociais, muito estudados recentemente. Restou apenas a dimensão espiritual, que também tem os seus momentos de saúde e de doença.

Como já mencionado, o ser humano é composto por três dimensões: física, psíquica e espiritual, que coexistem harmonicamente, mantendo uma homeostase determinante da saúde global. Distúrbios em quaisquer dessas dimensões podem ocasionar disfunções tanto no corpo como no psiquismo e no espírito.

Quando escrevi o livro *Curando Corações*, em 2005, fiz uma correlação entre os pecados capitais e os fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nessa ocasião, em virtude de minhas leituras sobre os Santos Padres do Deserto, tentei realizar uma associação entre o que eles diziam e o que conhecíamos a respeito de tais fatores. Os resultados foram os capítulos que correlacionavam ira e coração, preguiça e coração, gula e coração, e soberba e coração. O livro ficou interessante e foi um sucesso, pois abordei uma associação até então não publicada.

Nessa mesma época, comecei a elaborar mentalmente todo um roteiro para entender o que os Santos Padres queriam dizer com suas observações,

pois me pareceu muito lógica a ligação entre os fatores de risco das doenças físicas com o que entendia como doenças espirituais.

Sempre acreditei que recebemos de Deus dons e virtudes que podem ser deturpados pelos nossos desvios de conduta, a saber: a soberba surgiu dos excessos do amor-próprio ou autoestima; a gula, dos exageros da alimentação; a inveja, como um desvio do sentimento de respeito que temos por aqueles que admiramos; a luxúria, dos excessos da sexualidade, que é um dom de Deus; a avareza, dos exageros da necessidade de poupar, na expectativa de um futuro mais calmo; a ira, do descontrole da capacidade de reação do ser humano aos estímulos do mundo; e a preguiça, do exagero de momentos de repouso, tão necessários ao organismo humano. Esses desvios de comportamento humano, que hoje podem ser denominados de sete pecados capitais, na verdade, são disfunções dos dons e virtudes recebidos de Deus, levando a criatura a desafiar o Criador e tornando algo bom e saudável, como o prazer de comer, por exemplo, em algo doentio, a gula.

O tempo passou e os conhecimentos sobre os Padres do Deserto paulatinamente se ampliaram à custa do meu constante interesse pelo assunto. Mas, a partir de 2008, dei um grande salto cultural ao conhecer o padre Paulo Ricardo de Azevedo Jr., inteligentíssimo sacerdote diocesano de Cuiabá, Mato Grosso, que permitiu essa evolução, fato que me encoraja a falar sobre doenças espirituais com bases mais estruturadas.

Padre Paulo Ricardo lançou, em 2008, o livro *Um Olhar que Cura*, que completou tudo aquilo que faltava para estabelecer a associação entre as doenças espirituais e os fatores de risco das doenças do coração e dos vasos. No livro, publicado pela editora Canção Nova, realmente encontrei o que procurava e que será apresentado neste capítulo.

No primeiro século, Evágrio Pôntico apresentou e João Cassiano divulgou a lista dos “oito espíritos do mal”, que, modificada pelo papa São

Gregório Magno, deu origem aos sete pecados capitais. A diferença numérica ficou por conta da exclusão da soberba, a mãe de todos os pecados, cujos filhos são: vaidade, avareza, inveja, ira, luxúria, gula e preguiça. Essa lista, considerada por Evágrio como uma série de maus pensamentos que poderiam conspurcar a vida dos monges, nada mais é do que a descrição de sete doenças espirituais que possivelmente afetariam o homem em qualquer época do nosso planeta. Tais pecados, por nós denominados “fatores de risco para a vida eterna”, estão intimamente relacionados com os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, abordados em capítulo anterior ou com maiores detalhes no meu livro *Um Coração Saudável*, também publicado pela editora Canção Nova. Vejam as comparações a seguir.

A gula e o coração da mulher

Como citado anteriormente, a obesidade vem se tornando um problema epidêmico em todo o mundo. No Brasil, pode-se dizer que cerca de 40% da população está com o seu peso aumentado. As razões para tal são muitas, mas certamente os distúrbios alimentares encabeçam a lista dos principais responsáveis pela grande incidência de obesidade no nosso país, seguidos pelo sedentarismo.

A alimentação de produtos industrializados, ricos em gorduras, a facilidade dos *fast-food* e dos *delivery*, a desintegração da família e os alimentos pré-preparados contribuíram para a total desorganização da rotina alimentar, levando a excessos e, conseqüentemente, à obesidade.

Não é difícil encontrarmos famílias em que seus membros alimentam-se em horários distintos e possuem cardápios diferenciados. Em virtude da falta de tempo, do excesso de trabalho ou mesmo do comodismo, cada um come o que mais lhe agrada ou aquilo que é de fácil e rápido preparo.

Trata-se de famílias que adquirem as costumeiras salas de jantar ou de almoço apenas para servirem como objeto de decoração, pois, enquanto os pais se sentam na cozinha, geralmente em frente à TV, os filhos fazem suas refeições nos quartos, em frente a um computador. Para agravar ainda mais, substituem a comida por salgadinhos, desde as batatinhas, biscoitos às sopas pré-prontas, que até podem saciar a fome, mas contêm em sua composição as venenosas gorduras saturadas ou trans-saturadas, sem falar nas carnes processadas que “enriquecem” os embutidos e hambúrgueres, que, na verdade, são tudo o que é possível imaginar, menos carne de frango, de boi ou de porco.

Hoje, é muito mais cômodo pedir uma pizza para o jantar do que preparar algo mais caseiro, saudável, como uma verdura, um delicioso

arroz com feijão, um bife bem temperado. Sem contar os litros de refrigerante que, às vezes, vêm como brinde na compra de duas ou mais pizzas gigantes.

Essa é a triste realidade das pessoas que, independentemente da classe socioeconômica, vêm se alimentando cada vez pior, introduzindo em seu organismo produtos que certamente lhe trarão prejuízos no futuro (ou no presente).

Os alimentos são um dom de Deus, e o prazer derivado deles é um presente para nós. Não há pecado algum no simples ato de comer até à saciedade ou de apreciar pratos requintados. Comer é necessário para o funcionamento do nosso organismo; o grande problema são os desvios alimentares.

Sempre que nos alimentarmos, devemos nos remeter a Deus, que nos oferece o alimento. O prazer de uma boa comida deve estar associado à gratidão ao Senhor pelo presente oferecido.

Infelizmente, por conta da transgressão do Jardim do Éden, trazemos conosco a concupiscência, ou seja, a tendência ao afastamento das coisas de Deus, situação extremamente facilitada pelas modernidades do mundo atual. Assim, a ingestão alimentar, que deveria ser proporcional aos gastos energéticos, pode se tornar exagerada, ocasionando a obesidade.

A gula ou gastrimargia, como bem lembra o padre Paulo Ricardo é, segundo os Santos Padres do Deserto, uma doença espiritual que se repercute tanto na dimensão psíquica como na física do ser humano, propiciando a obesidade e todas as suas moléstias hóspedes, como o diabetes, o acidente vascular cerebral, o infarto do miocárdio etc.

A reflexão do duque La Rochefoucauld – “É mais fácil enganar a si mesmo do que enganar os outros sem que percebam” –, que se encontra no

abençoado livro do padre Paulo, foi bem aplicada no meu consultório quando atendi uma senhora com peso acima do normal. Ela me disse:

– Doutor, não sei como engordo, devo ter algum problema de hormônio, pois de manhã como uma torrada com uma fatia pequena de queijo branco e uma xícara de café com leite. Às dez horas, uma fruta, e no almoço, uma salada com um pedacinho de frango, uma colher de arroz e outra de feijão. À noite não janto, tomo apenas um pouco de café com leite com uma ou duas bolachinhas.

Minha resposta quase sempre é a mesma. De maneira carinhosa digo:

– Minha senhora, não duvido de suas palavras, mas lhe faço uma pergunta antes de pedir alguns exames hormonais. A senhora já assistiu a filmes que enfocam os problemas da Segunda Guerra Mundial?

– Sim, doutor, por quê? – responde a paciente.

– Sabe aqueles filmes que mostram as prisões dos judeus, as perseguições, as atrocidades?

– Campos de concentração? É isso que o senhor quer dizer?

– Isso mesmo. Você notou alguma pessoa gorda nesses campos?

Rindo bastante, a senhora respondeu: “Claro que não! Assim não vale, doutor, lá não tinha como assaltar a geladeira à noite, escondida de todos, e não daria para comer uma caixa inteira de bombons no trânsito ou em casa sozinha, enquanto se espera o marido chegar do trabalho.”

A situação é sempre a mesma: descarregamos as nossas ansiedades, preocupações, tristezas, decepções e perdas na comida, tentando preencher o vazio interior. Ou seja, buscamos a felicidade por meio do prazer de comer, meta que jamais será alcançada e, pior ainda, causará obesidade e outras doenças. No livro do padre Paulo há uma passagem que é apropriada para finalizar este capítulo:

Já vos disse muitas vezes, e agora o repito, chorando: há muitos por aí que se comportam como inimigos da cruz de Cristo. O fim deles é a perdição, o deus deles

é o ventre, a glória deles está no que é vergonhoso. Apreciam só as coisas terrenas!
(FL 3,18-19)

A soberba e o coração da mulher

Segundo São Tomás de Aquino, a soberba é a mãe de todos os pecados capitais, sendo a geradora da inveja, da vanglória, da avareza, da ira, da preguiça. É o desvio de comportamento que requer mais nossa atenção, pois, por meio dele, o pecado surgiu no mundo e, com ele, todas as doenças e morte.

A soberba ou, como o padre Paulo gosta de chamá-la, a filáucia é um desvio de uma das nossas virtudes, que é a autoestima, o amor próprio. O soberbo exagera no culto a si mesmo, criando situações insuportáveis no convívio social e familiar, o que pode levar a resultados catastróficos tanto na vida pessoal como na profissional.

Uma das situações que percebo muito no meu consultório é a soberba de alguns pacientes, que interferem no tratamento indicado, sugerindo medicações e tratamentos alternativos, sem valor científico comprovado. Além disso, por se considerarem como “ungidos do Senhor”, deixam de tomar os medicamentos por conta própria, pois acreditam que a oração é mais eficaz.

Certa vez, recebi um paciente encaminhado por um colega, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), que tinha um terrível prognóstico, visto que era portador de uma doença cardíaca grave e irreversível. Ele estava totalmente descompensado, com as pernas inchadas, sentia falta de ar aos mínimos esforços, apresentava aumento do volume do abdome e do fígado, e outros sinais que caracterizam a insuficiência cardíaca congestiva. Demorei mais de seis meses para compensá-lo, pois ajustava a medicação vagarosamente, com muito cuidado, uma vez que esse tipo de paciente é como um cristal fino, qualquer erro complicaria ainda mais a situação. Precisei encontrar a dose

certa dos medicamentos; se prescrevesse a menos, ele continuaria com os sintomas; se prescrevesse a mais, poderia ter uma intoxicação medicamentosa. Isso tudo não é nenhuma novidade para o cotidiano de um médico, por isso a nossa profissão, com muita razão, é chamada de “a arte de curar”.

Depois de muita paciência e dedicação, consegui proporcionar uma melhor qualidade de vida a ele. Sua saúde apresentou-se bem por vários meses, até que um dia resolveu participar de um grupo de oração na sua paróquia. Lá, durante uma noite de louvor e de curas, ouviu a palavra do coordenador, que disse durante uma oração de cura e libertação: “O Senhor está curando um homem que sofre muito com uma doença no coração.”

Imediatamente ele se sentiu o escolhido e resolveu por conta própria suspender toda a medicação. Não é preciso nem saber o resto da história: um mês depois, ele retornou ao consultório inchado, com falta de ar e palpitações. Ele não entendeu ou a soberba não o permitiu entender que realmente o Senhor o estava curando, mas por meio de seus instrumentos, o médico e os medicamentos.

Esse tipo de caso repete-se quase todos os dias nos consultórios médicos. Infelizmente, esses “autoungidos” não se lembram das palavras do Senhor no livro do Eclesiástico: “O Altíssimo faz sair da terra os medicamentos, e o homem sensato não os rejeita” (Eclo 38,4).

A preguiça e o coração da mulher

Vale a pena analisar a preguiça sob as três dimensões humanas: corpo, psiquismo e espírito. Nossas dimensões não podem ser analisadas separadamente, pois, embora o ser humano seja tridimensional, ele é indivisível. Essas dimensões estão imbricadas e entrelaçadas entre si, de modo que, no caso de uma delas ser agredida, a resposta a essa agressão será do homem como um todo. Aplicando essa reflexão na minha clínica médica diária, digo o seguinte nas minhas aulas e palestras para os colegas e acadêmicos de medicina: “Nunca devemos ver um paciente como ‘uma doença’, mas sim como um ser humano que sofre as consequências dessa doença.”

Ao analisar os aspectos da nossa dimensão somática, podemos considerar estudos recentes que mostraram serem as mulheres mais preguiçosas que os homens para a prática de atividade física. Nos EUA, somente 28% das mulheres fazem exercícios de acordo com as recomendações das associações médicas, ou seja, mais de trinta minutos diariamente. O percentual de homens que fazem exercício regularmente chega a 31%.

Os benefícios do exercício sobre a saúde cardiovascular da mulher são amplamente conhecidos e divulgados hoje em dia. Por exemplo, caminhadas diárias de trinta minutos com passo rápido (passo de chuva, como diz minha esposa, Dra. Gisela Savioli, no nosso programa Mais Saúde, da Rede Canção Nova de Rádio) reduzem em 30% a possibilidade da ocorrência de eventos cardiovasculares.

Seguem alguns dados para reflexão:

- mulheres que ficam sentadas por dezesseis horas ou mais ao dia têm 68% de chances a mais de ter um infarto ou um derrame do que aquelas

que ficam sentadas quatro horas por dia;

- a atividade física moderada reduz em 17% a possibilidade de AVC em mulheres;

- nunca é tarde para desfrutar dos benefícios do exercício físico;

- musculação também diminui o risco de morte.

Sob o ponto de vista psíquico e espiritual, temos por obrigação citar Tomás de Aquino, grande filósofo, nascido em 1225 em uma família nobre italiana. Em suas obras, sistematizou o conhecimento teológico e filosófico de sua época. A partir dele, a Igreja tem uma teologia (fundada na revelação) e uma filosofia (baseada no exercício da razão humana) que se fundem numa síntese definitiva: fé e razão, unidas em sua orientação comum rumo a Deus. Sustentou que a filosofia não pode ser substituída pela teologia e que ambas não se opõem. Afirmou que não pode haver contradição entre fé e razão.

Explica que toda a criação é boa e tudo o que existe é bom, pois participa do ser de Deus. O mal é a ausência de uma perfeição devida, e a essência do mal é a privação ou ausência do bem.

Segundo Tomás de Aquino, “a acídia é o tédio ou tristeza em relação aos bens interiores e aos bens do espírito”. Ao recebermos de Deus os nossos dons, devemos multiplicá-los em serviço do nosso semelhante.

É fantástica a Parábola dos Talentos, que tem uma importância capital na história da minha conversão (ver *Milagres que a Medicina não Contou*), pois nessa historinha, contada por Jesus, Ele nos mostra o quão é importante desempenharmos nossas funções e não enterrarmos nossos talentos que dele recebemos. Estaremos sendo contrários ao plano de Deus se não usufruirmos dos nossos dons, recebidos para serem usados para servir “os” irmãos e não “dos” irmãos, como dizia o meu querido amigo padre Léo.

Tomás relaciona a acídia à dissipação do espírito: “a acídia é aquela tristeza modorrenta do coração daquele que não se julga capaz de realizar aquilo para o qual Deus o criou”.

O desinteresse pela vida, a melancolia, acaba provocando uma letargia, uma falta de ânimo para realizar algo, uma indolência, ou seja, aquilo que chamamos de preguiça, que com o tempo não se resume apenas à preguiça física, mas algo maior, como a preguiça de pensar, de sentir, de agir. É a depressão que surge como resposta psíquica de uma doença espiritual, cujo início foi a acídia ou o desinteresse pelas coisas de Deus. Desse modo, com a depressão surgem todas as comorbidades físicas, como o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral etc.

É uma tristeza maligna que oprime a alma, que faz nascer a malícia, o rancor sobre o seu próximo, desencorajamento, torpor espiritual e, finalmente, busca por coisas proibidas, levando à curiosidade, loquacidade, inquietude, instabilidade e agitação infrutífera.

Mulheres iradas, mulheres infartadas!

Não pensem vocês que este título seja um exagero do autor, pois, atualmente, sabe-se que quanto menor é o pavio da mulher, maior será o seu risco de sofrer um infarto ou mesmo um derrame. A ira ou hostilidade é uma característica absolutamente necessária à manutenção da vida, já que é por meio dessa reação que o ser humano se defende dos perigos do cotidiano.

Tomás de Aquino afirma:

A ira foi dada aos seres dotados de vida animal para que removam os obstáculos que inibem o apetite concupiscível de tender aos seus objetivos, seja por causa da dificuldade de alcançar um bem, seja pela dificuldade de superar um mal.

A ira é a força que permite atacar um mal adverso; a força da ira é a autêntica força de defesa e de resistência da alma.

Como todos os vícios capitais, a ira torna-se uma doença espiritual quando se desvia das características recebidas de Deus, isto é, quando um dom recebido dele se transforma em uma arma poderosa de hostilidade contra o próximo ou contra si mesmo.

Considerada como paixão, a ira é uma necessidade violenta de reação provocada por um sofrimento ou contrariedade física ou moral. Nessas circunstâncias, a pessoa se sente impulsionada a descarregar sua raiva em manifestações físicas – no sentido de atacar a outra pessoa – ou de maneira silenciosa.

A ira como sentimento é o desejo ardente de repelir ou castigar aquele que fez com que você se sentisse ameaçado. Entretanto, ela poderá também ser justa, se acontecer na moderação. Neste caso, a pessoa tem por objetivo reagir com aspereza somente para quem merece e na medida

merecida. No caso da ira justa, a pessoa não castiga somente por prazer. Portanto, se faltar qualquer uma dessas medidas, a pessoa se desvia para o exagero, especialmente quando aquele que vai ser corrigido necessita de uma advertência mais dura. Tudo que acontece dentro da moderação, por mais enérgica que possa parecer, trará resultados de crescimento.

O desejo violento, provocado pela ira, quando acompanhado de ódio, faz a pessoa procurar uma reação de vingança. Um dos cuidados neste tipo de comportamento é atentar aos pequenos sinais da cólera, manifestados em atitudes de impaciência, mau humor, irritação desmedida por meio de gestos e palavras violentas, e o sentimento de vingança, o qual, muitas vezes, chega a desejar a morte do outro.

Se não houver uma atenção a qualquer um desses sinais, a pessoa poderá perder o controle de suas razões, arrastando-se ao ódio e ao rancor, e violando a caridade e a justiça.

Os efeitos da cólera, quando não reprimidos, são traições, assassinatos, guerras... Uma pessoa, ainda que não chegue ao extremo de sua ira, vive as consequências de seu rancor, o que leva à amargura e à perda da amizade de pessoas que, anteriormente, conviviam com ela.

O ódio é um grande obstáculo ao progresso espiritual, pois nos faz perder a sabedoria, a amabilidade e a moderação. A pessoa perde o sentido de justiça e, conseqüentemente, torna-se egoísta.

Para combater o sentimento de ódio, a prevenção pode começar já nos hábitos alimentares, com a busca por um equilíbrio na alimentação, fugindo dos excessos com as bebidas etc. Se a pessoa apresenta um temperamento instável, ela precisa do auxílio de terceiros para recuperar o equilíbrio psíquico. Assim, antes de qualquer coisa, a melhor maneira para se evitar a cólera é refletir nas respostas e atitudes antes de responder a quem, aparentemente, se faz uma ameaça.

Quando somos assaltados pelo pecado da ira, precisamos aprender a rechaçar os pensamentos decorrentes dele, pois, do contrário, pouco a pouco, poderá se firmar dentro de cada um de nós a certeza de que estamos corretos em nossos procedimentos.

[...] o ciúme e a raiva abreviam os dias, como a preocupação traz a velhice antes do tempo (Eclo 30,26).

A inveja e o coração da mulher

É natural do ser humano reconhecer no seu semelhante algumas virtudes ou mesmo bens materiais que, até certo ponto, vão servir de modelo para suas aspirações pessoais. A imitação de Cristo, escrita por São Paulo em suas cartas, é um belo exemplo disso.

Querer ser ou ter algo do outro é saudável, o errado é sentir-se triste pelo que nosso irmão tem ou é. Este é o pecado da inveja: entristecer-se com o sucesso dos outros. Trata-se de uma doença espiritual que irremediavelmente leva a uma série de moléstias do corpo e do psiquismo.

Como todos os pecados capitais, a inveja pode desdobrar-se em outros, que São Tomás de Aquino chama de “filhas da inveja”, que são: a fofoca, a detração (falar mal publicamente), o ódio, a tristeza pela prosperidade alheia ou a alegria pela desavença do irmão.

O invejoso quer impedir a glória do outro, pois esta lhe traz tristeza, por isso tenta diminuir o bem alheio com fofocas e difamações. Muitas vezes, a inveja termina em ódio, isto é, o invejoso não apenas se entristece pela superioridade do outro, mas também quer seu mal sob todos os aspectos.

Não é difícil concluir que a inveja leva ao ódio, à tristeza, ao ressentimento, à depressão; sentimentos que resultam em alterações crônicas do nosso psiquismo, com consequências nocivas ao nosso coração físico, facilitando a ocorrência de hipertensão, infarto, câncer, aterosclerose etc.

A doença espiritual ocasionada pela inveja leva muitas pessoas à depressão, quando não conseguem os seus objetivos invejosos. O invejoso se deprime pelo sucesso do outro, sentindo-se um fracassado, um perdedor.

A depressão acompanha essa doença espiritual com todas as suas comorbidades, levando ao comprometimento do coração e dos vasos, com

possíveis ocasiões de infarto ou acidente vascular cerebral. Hoje, sabe-se que a depressão é um importante fator de risco para a ocorrência da doença coronariana, mesmo quando controlados os fatores de risco clássicos, como a hipertensão arterial, o fumo e o aumento do colesterol no sangue. Além disso, o estado depressivo costuma ser manifestação frequente e importante em pessoas que sofreram infarto do miocárdio ou submeteram-se à cirurgia de revascularização miocárdica (pontes de safena). Assim, extremamente prudente e aplicável à nossa realidade é o seguinte versículo, retirado do livro dos Provérbios:

Coração bondoso é vida para o corpo, enquanto a inveja é cárie nos ossos (Pr 14,30).

A avareza e o coração da mulher

A liberdade dada por Deus a nós deixa-nos livres para termos ou sermos aquilo que quisermos e pudermos. Isso também diz respeito a bens materiais, como o dinheiro.

Ter dinheiro não é pecado algum, o importante é saber usá-lo na medida certa, para satisfazer as necessidades da nossa existência. Não há mal algum em possuir bens; a virtude está em saber servir-se deles com sabedoria.

A avareza é o amor excessivo ao dinheiro e a enorme tristeza em gastá-lo quando necessário. A avareza é o oposto da justiça, pois o avaro recebe ou retém bens dos outros contra o que lhe é devido por justiça.

São Paulo, em Colossenses 3,5, diz: “Portanto, mortificai os vossos membros, isto é, o que em vós pertence à terra: imoralidade sexual, impureza, paixão, maus desejos, especialmente a ganância, que é uma idolatria”. Em Efésios 5,5, reforça dizendo que o ganancioso é um idólatra. O dinheiro é o deus do avaro. As filhas da avareza surgem como traição, fraude, mentira, perjúrio, inquietude, violência e dureza de coração.

O avaro, para conseguir manter o seu dinheiro ou mesmo procurar para si os bens alheios, pode se servir da força, motivando a violência. Utiliza-se da mentira para enganar os outros; da fraude, para levar vantagem em tudo; e finalmente da traição. Foi pela avareza que Judas traiu Jesus.

O avaro acumula riquezas à custa da desgraça alheia. Como nunca se contenta com o que tem, sempre quer mais e gastar menos, vivendo em desarmonia psíquica e espiritual, o que leva à doença física. Isso é possível perceber no dia a dia. Às vezes, pessoas avarentas são obrigadas a

gastar dinheiro com as doenças que lhe acometem, como uma forma inconsciente de punição pelos erros.

Diariamente, encontro pessoas com essa doença espiritual que gastam livremente seu dinheiro em situações que devem se apresentar como bem-sucedidas à sociedade, mas que, quando precisam comprar algum medicamento, me pedem um “jeitinho” para que possam retirá-los na farmácia do Hospital das Clínicas ou tentam conseguir consultas gratuitas, aproveitando-se da boa fé dos médicos. Esta é a cultura do “Gerson”, propaganda veiculada há muitos anos na mídia televisiva que revela o lado espiritualmente doente das pessoas que querem levar vantagem em tudo em prejuízo do semelhante.

Lamentavelmente, muitas pessoas possuem esse tipo de comportamento, em que o egoísmo supera qualquer sentimento altruístico ou mesmo de amor ao próximo.

O avarento chora quando precisa gastar dinheiro, mesmo que seja para o seu próprio bem. Essa doença espiritual pode levar as pessoas a todas as outras doenças físicas, pois o amor exagerado ao dinheiro e aos bens materiais ocasiona ansiedade, depressão, hostilidade, fatores psicossociais envolvidos na gênese das doenças cardiovasculares.

Quem ama o dinheiro, dele não se fartará (Ec1 5,9).

A luxúria e o coração da mulher

A paixão da luxúria consiste no uso patológico que o homem faz da sexualidade, que, como pensada por Deus, é uma realidade positiva. Essa doença espiritual caracteriza-se pela procura desordenada pelo prazer da carne.

A sexualidade é um dom de Deus cujo objetivo não é somente a procriação, mas também proporcionar prazer ao casal que vive o matrimônio abençoado pelo Senhor.

Essa doença espiritual pode levar a várias situações que poderão influir na dimensão física do ser humano, ocasionando doenças ao corpo e à alma.

A luxúria pode levar o indivíduo a tomar decisões precipitadas, desconsideração, “cegueira”, inconstância e, conseqüentemente, apreensão, erros de julgamento, ilusões, escolhas inflexíveis, egoísmo e desvios de comportamento, que, por sua vez, podem levar à depressão, à ansiedade e possíveis doenças mentais geradoras de várias patologias do coração.

A mídia moderna sempre promove a busca da felicidade, que se resume na satisfação dos prazeres. Pratica-se ginástica para melhorar o corpo, que será chamariz para um caso sexual; roga-se a compra de bens materiais para diferenciação na sociedade. Há uma tentativa exagerada em fazer tudo para que o “eu” se torne o melhor, ou seja, tudo gira em torno do egoísmo e do egocentrismo. “Eu sou o centro do universo”, este é o jargão da Nova Era, movimento antirreligioso que está por trás de tudo isso. Jamais alguém repetiria nos veículos de propaganda as palavras de Santa Teresa D’Ávila: “Não posso dar ao meu corpo tudo o que ele pede”. Nesse desvario de consumo, nesse exagero de prazeres sexuais, na liberdade e na

libertinagem da vida moderna, surgiram as drogas e as doenças, como o infarto, o acidente vascular cerebral, o câncer e a Aids.

Na literatura médica, é descrito que a angina durante o coito surge em 9% dos casos e a morte, em três a cada quinhentos homens (0,66%). Um estudo com 5.559 pacientes verificou que a morte súbita durante o ato sexual ocorreu somente em 34 casos, entretanto, todos estavam prevaricando, isto é, tendo relação adúltera. Provavelmente, o sentimento de culpa tenha sido o responsável pela morte.

A mulher que parou o trânsito da Avenida Paulista

Se você pensou, ao ler o título, que essa mulher capaz de parar o trânsito de uma das mais movimentadas avenidas de São Paulo estaria entre as “mais mais” do ano está redondamente enganado(a).

Dona Carmem, 92 anos, apoiando-se numa muleta de metal, toda sorridente, acompanhada pelo guarda de trânsito, atravessa a grande avenida paulistana para ir ao seu cabeleireiro, pois à noite se reuniria com sua família para comemorar mais uma etapa da sua longa vida; comemoração esta que não aconteceria sem o seu copo de chope preferido, o seu garotinho, como costuma chamá-lo.

Carioca da gema, mas paulistana de coração, Dona Carmem procurou-me em 2007 após ter lido o meu livro *Milagres que a Medicina não Contou*, presente que lhe fora dado há mais de trinta anos por uma de suas filhas.

Apresentava um problema hematológico que era acompanhado por um colega do Rio de Janeiro, cidade onde morava uma das filhas. Todas as vezes que ia visitá-la fazia uma revisão com esse médico, que sempre lhe receitava as medicações pertinentes, porém, a parte cardiológica, também problemática, estava sem cuidados, daí a razão por ter me procurado naquele dia.

Assim que a vi, senti que aquela senhora de quase noventa anos na época tinha algo de especial, pois ficou patente na minha lembrança o seu bom humor e o seu bem-estar, apesar de todas as limitações que a idade lhe

impusera, obrigando-me, inclusive, em caráter de urgência médica, a solicitar uma internação no Incor, para que pudéssemos implantar-lhe um marca-passo, dispositivo eletrônico colocado cirurgicamente no seu peito para comandar os batimentos do seu coração, que estava muito lento e fraco, levando-a a sentir tonturas intensas e a ter desmaios preocupantes.

O marca-passo é um circuito eletrônico que gera um estímulo elétrico que, conectado ao coração, faz com que esse órgão se contraia sob o seu comando. Esse aparelho é indicado nas situações em que o coração não apresenta eficiência suficiente para ejetar sangue a todos os nossos órgãos, principalmente para o cérebro, nosso órgão mais importante e onde são ocasionadas as tonturas, os desmaios e até a morte.

Nas pessoas idosas, é comum ocorrer um desgaste do sistema que controla os batimentos do coração, o que leva à interrupção de algumas fibras condutoras elétricas, com consequente redução considerável do número de batimentos cardíacos por minuto, fato que pode ocasionar um acidente vascular cerebral, um derrame. Nessa situação, somos obrigados a recomendar esse procedimento invasivo, mas que salva a vida de muitos pacientes idosos.

É possível implantar esse aparelho de uma forma eletiva, previsível, por meio de uma pequena cirurgia, pela qual se coloca essa pilha embaixo da pele do tórax ou nas emergências e se introduz nas veias do braço ou do pescoço os eletrodos, ou seja, os fios que serão conectados a determinados locais do coração por uma ponta e a um aparelho externo pela outra de onde será possível comandar todos os batimentos do coração.

Aproveito para oferecer, no final deste capítulo, aos usuários eventuais de um marca-passo e àqueles que conhecem alguém que o porte, instruções importantes para que se viva normalmente mesmo com um marca-passo implantado no corpo.

Quantas vezes precisei passar o marca-passo de urgência na minha vida de médico socorrista! Quantos marca-passos foram passados em situações de extrema urgência, em que a vida do paciente dependia exclusivamente da minha habilidade de, em poucos minutos, às cegas, atingir o local certo para que o aparelho comandasse o coração do paciente e o fizesse bater com uma frequência mais elevada!

Certa vez, ao chegar à casa de um paciente, numa madrugada fria e garoenta de São Paulo, acompanhado pelo nosso motorista da ambulância, que, por coincidência, também se chamava Roque, o Rocão do Procordis, de longe avistei um tumulto em frente à residência para onde nos dirigíamos. Algumas pessoas nos acenavam desesperadamente e sem ao menos deixar a ambulância estacionar, gritavam: “Doutor, por aqui, minha mãe está morrendo, corre pelo amor de Deus!”

Era uma família de árabes e, logo que entrei no quarto da paciente, senti o drama que enfrentaria, pois, embora o ambiente fosse amplo, não conseguia chegar perto da cama, em virtude da aglomeração formada pelos familiares, que choravam em cima da mãe desacordada.

Imediatamente pedi que todos saíssem e, enquanto esperava o Rocão vir com toda a parafernália necessária, comecei as manobras de ressuscitação que logo deram resultado e rapidamente a senhora voltou a respirar e o coração a bater. Assim que pude sentir o ritmo cardíaco, vi a necessidade de passar um marca-passo e, quando me preparava para tal, aproximou-se o médico-assistente da paciente que logo se prontificou em auxiliar-me.

Esse colega era assistente do nosso professor de cardiologia e éramos contemporâneos do Incor, apenas trabalhávamos em áreas diferentes.

Após passar com sucesso o eletrodo, ou seja, o fio ligado ao marca-passo externo, vi a paciente ressuscitar! O colega ao meu lado, a fim de mostrar serviço aos familiares, que neste momento se encontravam ao nosso redor, no quarto, vendo a mãe bem melhor, começou a mexer no fio

instalado por mim, deixando no ar que tinha sido ele o herói da façanha. Nesse momento, a paciente novamente apresentou uma parada cardíaca, pois, ao manipular o eletrodo, ele o retirou do local correto, e então o coração da paciente voltou a ficar muito lento.

Todo o cenário se repetiu, todos os familiares se debruçaram sobre a cama e começaram a gritar. Novamente pedi (melhor dizendo, gritei) que todos saíssem e, reposicionando o fio, a paciente melhorou imediatamente. Os familiares voltaram e, quando o colega se aproximou da paciente, tentando fazer ou dizer algo, percebi que novamente repetiria o estrago, então disse: “Bom, graças a Deus sua mãe está melhor e, após conversar com o Dr. Osair, resolvemos levá-la imediatamente ao hospital para colocarmos um marca-passo definitivo, pois aqui ela corre risco de morte”. Ao pegar a minha maleta, cheguei perto do meu colega e sussurrei: “Pelo amor de Deus! Não encoste na paciente, senão você é que deverá recolocar o fio”.

Mas deu tudo certo, apesar da intervenção negativa do meu colega, que tentou demonstrar uma habilidade que não tinha. Na época, fiquei muito irado com tudo isso, embora o fato fosse extremamente comum para nós, que sempre éramos os primeiros a enfrentar as urgências, enquanto que os médicos assistentes, de mais idade e “donos” dos pacientes, chegavam após nossos socorros. Essa era a nossa função e obrigação.

Voltando à história da Dona Carmem, naquele dia, no consultório, quando notei que o seu coração estava muito lento, ocasionando-lhe tonturas intensas e até perdas momentâneas da consciência, liguei para a minha amiga Dra. Elizabeth, cirurgiã especialista em marca-passo, e pedi que operasse a minha paciente o mais rápido possível, pois tinha receio de que aquele velho coração não suportasse tanta atribulação.

Dra. Beth, pessoa atenciosa e muito carinhosa com os pacientes, além de uma excepcional cirurgiã cardíaca, prontamente atendeu ao meu pedido e,

no dia seguinte, o coração da Dona Carmem já se encontrava normalizado graças a um marca-passo definitivo.

Mas muitos podem perguntar: *Dr. Roque, o que essa história tem a ver com o coração da mulher? Conheço muitas pessoas de idade que necessitam de um marca-passo, o que há por trás dessa história?*

Evidentemente que não teria sentido contar a história da Dona Carmem apenas como um pretexto para fornecer a muitos portadores de marca-passo algumas informações talvez até desconhecidas. Certamente aproveitei as histórias dos meus casos para elucidar as pessoas, pois o conhecimento é um direito de todos e é obrigação dos médicos explicar detalhadamente os problemas dos nossos pacientes, independentemente do nível sociocultural e econômico. Mas a verdadeira razão da exposição da história de Dona Carmem é mostrar a forma mais espetacular de superação que já vi nesses meus anos de conversão, ou seja, a entrega total às mãos de Deus.

Dona Carmem sempre foi muito religiosa, católica convicta, teve um casamento feliz, duas filhas e dois netos. Está viúva há muitos anos e, embora tenha despertado o interesse de alguns admiradores, optou por ficar fiel às lembranças do marido que amava muito. Uma das filhas, Esmeralda, solteira, aposentada do serviço público, vivia com a mãe em São Paulo, enquanto que a outra, Vivian, morava no Rio de Janeiro, mas frequentemente estava com ela.

O que me impressionou na Dona Carmem, desde o dia em que me procurou no consultório com o meu livro *Milagres que a Medicina não Contou* nas mãos, foi a sua alegria de viver, o seu humor, a sua

inteligência e principalmente a sua fé em Jesus Cristo e em Nossa Senhora.

Por pior que fosse o momento, por próximo que ela estivesse da morte, sempre esteve firme na sua fé. Certo dia, quando a atendi queixando-se de dores fortes no peito que a fizeram imaginar um infarto, ela estava segura, calma e, após tranquilizá-la, mostrando que as dores eram de origem muscular e não cardíaca, ela me chamou de lado e sussurrou no meu ouvido: “Doutor Roque, pensei que já estava indo dar um abraço em Jesus”.

Finalmente, algumas informações para quem usa marca-passo:

1- O gerador, ou seja, a pilha que emite os impulsos elétricos (choques) para manter os batimentos do coração, fica localizado embaixo da pele, geralmente no peito, próximo ao ombro. Dele saem fios, os cabos elétricos, que estão conectados diretamente ao coração;

2- A operação de colocação do marca-passo (implante) é simples e pode ser feita com anestesia local, estando o paciente acordado ou sedado. Dura cerca de noventa minutos, e o paciente retorna do centro cirúrgico para o quarto, sem precisar ficar na UTI. Na alta, o paciente recebe uma carteirinha com todas as informações do marca-passo, devendo esse documento estar sempre com ele, pois exhibe todas as características do aparelho carregado;

3- Evitar traumatismos sobre a caixa do gerador, como esportes violentos, agressões físicas etc.;

4- A utilização de aparelhos eletrodomésticos, tais como enceradeira, aspirador de pó, forno elétrico, TV, rádio, chuveiro elétrico, cafeteira, exaustor, torneira elétrica, geladeira, batedeira, ferro elétrico, toca discos etc., não traz problema algum;

5- Evitar choques elétricos, não mexendo em fio descascado e ligando os aparelhos na tomada com muito cuidado;

6- Recomenda-se manter o aparelho celular, sempre que ligado, a uma distância superior a 15 cm do marca-passo e usá-lo sempre no ouvido contralateral, além de não portá-lo próximo ao gerador (não mantê-lo nos bolsos de camisas e paletós, por exemplo).

Exercícios físicos e o coração da mulher

Desde há muito se sabe da importância da prática da atividade física para a manutenção da saúde física e mental, mas é importante que vocês, mulheres, tenham conhecimento de alguns fatos, para que cada vez mais cuidem do seu coração.

Benefícios do exercício físico

- Pessoas que praticam esportes têm 23% menos risco de morte do que aqueles pouco ativos.
- Exercício é essencial para o controle do peso. As dietas podem reduzir o peso à custa de perdas musculares, ao passo que o com o exercício físico perde-se peso à custa da diminuição da gordura corporal.
- O exercício físico aumenta o controle da glicemia em portadores de diabetes e pode prevenir ou retardar o início do diabetes tipo II.
- Exercícios aeróbicos diminuem a pressão arterial em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.
- Exercícios podem melhorar os níveis das gorduras do sangue pela diminuição dos níveis de triglicérides e aumento do HDL colesterol (bom colesterol).
- Muitos relatam redução do estresse após a realização de exercícios físicos. Pesquisas mostram que a prática de atividade física está associada a menores índices de tensão, ansiedade e depressão.
- Exercícios de impacto, como caminhadas e corridas, podem prevenir a osteoporose e reduzir a incidência de fraturas.
- Algumas evidências sugerem que o exercício pode proteger a ocorrência de câncer de mama e de próstata, além de retardar ou diminuir o aparecimento de demências.

Antes de iniciar o condicionamento físico, faça uma consulta com o médico

A grande maioria das pessoas não necessita de testes especiais para iniciar um programa de condicionamento físico, mas o melhor é sempre procurar um médico, para que ele faça alguns exames a fim de prevenir complicações futuras.

Diabéticos, hipertensos, pessoas que já tiveram infarto ou angina são obrigados a fazer um teste de esforço antes de iniciar a programação de atividade física. Com base no resultado desse exame, o médico poderá determinar o exercício ideal e os limites que o indivíduo poderá atingir no esforço. Nunca inicie um programa de condicionamento físico sem a orientação de um cardiologista.

Começando o exercício físico

Se você não faz exercícios regularmente, comece a sua programação caminhando durante poucos minutos diariamente, até atingir trinta minutos por dia durante os cinco dias da semana. A atividade física não necessita ser contínua para produzir benefícios a sua saúde; você pode fazê-la em três a quatro períodos de dez minutos cada durante o dia, diariamente. Caminhadas uma ou duas vezes por semana não resultam em nada. Após atingir 45 a 60 minutos por dia, pode-se aumentar a distância a ser percorrida, de modo a aumentar a intensidade do exercício.

Tipos de exercício

Um programa de condicionamento físico deve conter exercícios aeróbios, de resistência e de alongamento.

Antes de iniciar o exercício, é importante fazer o aquecimento dos músculos e dos tendões para evitar contusões e lesões musculares. Cinco a dez minutos de caminhada ou corrida leve são importantes para aquecer a musculatura requisitada para os exercícios. Após isso, deve-se iniciar o treinamento com exercícios aeróbios como a caminhada, pedaladas em bicicleta parada, corridas na esteira, natação e hidroginástica; mesclar os exercícios com os de resistência, realizados com a ajuda de pesos e aparelhos de musculação. Eles devem ser feitos pelo menos duas vezes por semana com 48 horas de intervalo entre os treinos.

Terminada a atividade física, alongamentos deverão ser feitos com o objetivo de proteger as articulações, tendões, grupos musculares etc.

Quando você deve pedir socorro

- Quando apresentar dor ou pressão no peito, nos braços, pescoço;
- Quando sentir náuseas ou vômitos durante o exercício;
- Quando sentir palpitações, disparo no coração e mal-estar;
- Dificuldade respiratória;
- Sentir-se muito fraco e cansado;
- Sentir dores nas juntas, câibras, dores musculares intensas, fraqueza muscular.

Cuidados durante o exercício

- Não deixar de ingerir líquidos durante e após o exercício (a sede é um sinal de que o nosso organismo necessita de água);
- Não fazer exercícios ao ar livre se a temperatura estiver muito elevada ou muito baixa;
- Usar calçados apropriados para os pés e para o tipo de exercício a ser praticado. Trocar sempre os calçados quando houver sinais de deterioração.

O coração da Mãe de Jesus

Domingo, cedinho ainda, vejo pela janela do apartamento da Avenida Foch, em Paris, uma paisagem absolutamente rara: a neve que caiu durante a noite pintou de branco a paisagem maravilhosa da cidade luz.

Ao refletir um pouco sobre o que a cultura francesa representou na nossa formação intelectual, e imaginando os grandes filósofos que, nos cafés do Boulevard Saint Michel ou nas *brasseries* do Boulevard Saint Germain, transformaram o pensamento humano, entristeço-me quando penso que um dia a França foi considerada a filha querida da Igreja, mas hoje é um país em que a percentagem de católicos praticantes não chega a dez por cento da população³.

Escondida na Rue du Bac, está a capela de Nossa Senhora da Medalha Milagrosa, local onde houve uma aparição da Mãe de Jesus em 1830 para a noviça Catarina Labouré, que em depoimento à sua superiora contou:

No dia 27 de novembro, que era o sábado anterior ao primeiro domingo do Advento, no fim da tarde, estava eu fazendo a meditação em profundo silêncio quando me pareceu ouvir do lado direito da capela um rumor, como o roçar de uma roupa de seda. Ao dirigir o olhar para aquele lado, vi a Santíssima Virgem na altura do quadro de São José. A sua estatura era mediana, e tal era a sua beleza que me é impossível descrevê-la. Estava em pé, a sua roupa era de seda e de cor branca-aurora, feita, como se diz, *à la vierge*, isto é, bem fechada e com as mangas simples. Da cabeça descia um véu branco até os pés. O rosto estava suficientemente descoberto, os pés se apoiavam sobre um globo, ou melhor, sobre metade de um globo, ou pelo menos eu vi somente a metade. Suas mãos, erguidas à altura da cintura, seguravam de modo natural um outro globo menor, que

representava o universo. Ela tinha os olhos voltados para o céu, como se quisesse oferecer a Deus o universo inteiro e o seu rosto irradiava uma luz cada vez mais intensa. De repente, seus dedos se cobriram de anéis, ornados de pedras preciosas, uma mais bela do que a outra, algumas maiores, outras menores, e que emitiam raios luminosos. Fez-me compreender o quanto é doce invocar a Santíssima Virgem, o quanto ela é generosa com as pessoas que a invocam, quantas graças ela concede às pessoas que a procuram e que alegria ela sente em concedê-las. Naquele momento eu era e não era... Estava exultante. E então começou a se formar ao redor da Santíssima Virgem um quadro um tanto oval, sobre o qual, no alto, numa espécie de semicírculo, da mão direita para a esquerda de Maria se liam estas palavras, escritas com letras de ouro: “Ó Maria, concebida sem pecado, rogai por nós que recorremos a vós”. Então ouvi uma voz que me disse: “Mande cunhar uma medalha conforme este modelo; todas as pessoas que a carregarem, receberão grandes graças; leve-a principalmente no pescoço. As graças serão abundantes para as pessoas que a carregarem com confiança”. No mesmo instante, pareceu-me que o quadro virou e eu vi o reverso da medalha. Havia o monograma de Maria, isto é, a letra “M” com uma cruz em cima e, como base dessa cruz, uma linha grossa, ou seja, a letra “I”, monograma de Jesus. Sob os dois monogramas havia os Sagrados Corações de Jesus e de Maria, o primeiro rodeado por uma coroa de espinhos e o segundo traspassado por uma espada”.

Interrogada mais tarde se além do globo, ou melhor, além da metade do globo, ela tinha visto outra coisa sob os pés da Virgem, Catarina Labouré respondeu que havia visto uma serpente de cor esverdeada com manchas amarelas. Quanto às doze estrelas que circundam o reverso da medalha, “é moralmente certo que essa particularidade foi indicada à viva voz pela Santa, desde a época da aparição”. Nos manuscritos da vidente encontra-se também esta particularidade, que é muito importante. Entre as pedras preciosas, havia algumas que não emitiam raios. Enquanto se espantava, ouviu a voz de Maria, que dizia: “As pedras preciosas das quais não saem raios são símbolo das graças que não me foram pedidas por esquecimento”. Em 1832, dois anos após as aparições, o pedido de Maria foi atendido e a Medalha foi cunhada. Uma das primeiras pessoas a recebê-la foi a Irmã Catarina, a qual, logo que a teve entre as mãos, beijou-a várias vezes com afeto e disse: “Agora é preciso difundi-la”. A Medalha, num certo sentido, se propagou por si. As graças e os milagres, obtidos seja em benefício das almas, seja em benefício dos corpos, foram tantos e tão evidentes que, em pouco tempo, a Medalha foi chamada de “milagrosa”.

Esta é a história de Nossa Senhora da Medalha Milagrosa, cuja medalhinha foi difundida pelo mundo todo, assim como pediu a Mãe de Jesus.

Assim, estando minha esposa e eu em Paris para as nossas férias anuais e também atender o convite de Dom Dominique Rey, Bispo de Toulon, para proferir uma palestra sobre medicina e espiritualidade, tema que venho estudando na unidade em que trabalho no Incor, resolvemos visitar a capela da Rue du Bac, para pedir a Virgem a proteção necessária para que pudesse desenrolar o meu francês sem dificuldades no dia da minha apresentação.

Chegamos no horário da missa e tivemos a graça de assistir à celebração em frente ao altar em que Nossa Senhora apareceu para Santa Catarina Labouré, cujo corpo está exposto incorrupto em um dos altares da Igreja.

Durante a missa, comecei a refletir sobre a importância de Nossa Senhora em nossa vida, como mãe e exemplo de mulher, e pensei que a melhor forma de finalizar este livro seria tomar Maria como exemplo e guia para a nossa vida física, psíquica e espiritual.

Poucos são os momentos nos Evangelhos em que Maria é citada, mas, em todos eles, ela sempre aparece com uma personalidade forte, desde o momento da anunciação do anjo Gabriel (Lc 1,28), onde ela se entrega à vontade do Senhor, após questionar sobre a concepção, até quando, aos pés da cruz, ouve Jesus lhe dizer: “Mulher, eis o teu filho” (Jo 19,26), dirigindo-se a João, o evangelhista.

O coração de Maria deve ter passado por inúmeras situações de angústia e de sofrimento semelhantes ao que passamos hoje, como no episódio em que o Jesus Menino desapareceu por três dias (Lc 2,41-51).

Esse mesmo coração foi forte e imperioso quando, de forma sutil e amorosa, fez Jesus, mesmo contra a sua vontade, iniciar a vida pública nas

bodas de Caná (Jo 2,1-11) ou suficientemente corajoso para enfrentar todas as sevícias a que seu Filho foi submetido durante a Paixão (Mt 27,32-54).

Sempre achei fantástico o comportamento de Maria em todo o Evangelho, pois, embora fosse a mãe do protagonista da história da humanidade, esteve praticamente anônima. Acredito que este seja o melhor exemplo a ser seguido e talvez o maior dos cuidados preventivos para as nossas doenças físicas: ouvir muito, falar pouco e estar sempre pronto para servir o próximo.

Como mencionado neste livro, os fatores de risco para as doenças do coração e dos vasos têm um componente genético que é imutável, isto é, nascemos com genes que, quando expressos, podem ser responsáveis pela ocorrência do infarto ou do derrame. No entanto, existem fatores que podem ser modificados pelos nossos hábitos de vida como: dislipidemias, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, sedentarismo, obesidade e os fatores psicossociais como a depressão, ansiedade e estresse.

A vida bíblica de Maria deve servir de norte para a nossa vida, tanto para a nossa saúde espiritual como para a física e psíquica, pois, mesmo passando por situações de grande sofrimento e desespero – no momento da anunciação, na perda de Jesus, nas bodas de Caná e, indiscutivelmente, na Paixão de Jesus –, apresenta a imagem de uma pessoa com muita fé e certa de que o plano de Deus para nós sempre é bom. Maria mostra que mesmo nos momentos em que sentimos o abandono de Deus, devemos transcender e buscar as coisas do Alto, entregando a Ele as nossas preocupações e o nosso sofrimento.

Confesso que quando reflito sobre essa “serenidade” de Maria frente ao sofrimento fico confuso, uma vez que para mim é muito difícil agir dessa forma em uma ocasião de muita dor. No entanto, ao acompanhar de perto o

sofrimento de alguns pacientes, descobri o quanto é possível e o quanto a fé em Deus nos faz atravessar barreiras até então intransponíveis.

Percebi tudo isso na ocasião da doença do padre Léo, durante os dez meses que o acompanhei. Notei o mesmo comportamento nos momentos derradeiros do meu pai, quando ele parecia de um câncer de pulmão, após confessar-se e receber a unção dos enfermos das mãos do padre Miguel. E jamais poderei esquecer os momentos vividos ao lado da Maria Paola, missionária da Aliança de Misericórdia que, nos momentos finais da sua vida terrena, mostrou uma tranquilidade e paz jamais vistas.

Para terminar este livro, cito a expressão de um dos missionários da Comunidade Canção Nova que poderia resumir muito bem o papel de Maria na sua vida bíblica e também servir de exemplo para a nossa vida pessoal, para que tenhamos o nosso coração físico, emocional e espiritual sempre pronto para atender o chamado do Senhor.

“Palavras convencem, testemunhos arrastam”.

3 Cf. <http://noticias.cancaonova.com/noticia.php?id=8762>. Acesso em 11 jan. 2011, 11h12.

Referências Bibliográficas

ALDRIGH, J. M.; FALUDI, A. A.; MANSUR, A. P. *Doença Cardiovascular no Climatério*. São Paulo: Atheneu, 2005.

AMBROSE, J. A.; BARUA, R. S. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004, 43(10):1731-7.

ANDRESDOTTIR, M. B.; SIGURDSSON, G.; SIGVALDASON, H.; GUDNASON, V. Fifteen percent of myocardial infarctions and coronary revascularizations explained by family history unrelated to conventional risk factors. The Reykjavik Cohort Study. *Eur Heart J.* 2002 Nov.; 23(21):1655-63.

AZEVEDO JR., P. R. *Um Olhar que Cura*. São Paulo: Canção Nova, 2008.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V.; PEREIRA NETO, E. *Da Emoção à Lesão*. São Paulo: Manole, 2007.

BANKS, A. D. Women and Heart Disease: Missed Opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2008; 53:430-439.

BARLOW, D. *Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BARRICK, C. B. Sad, glad, or mad hearts? Epidemiological evidence for a causal relationship between mood disorders and coronary artery disease. *Journal of Affective Disorders.* 1999; 53:193-20.

BASSUK, S. S.; MANSON, J. E. Physical activity and cardiovascular disease prevention in women: A review of the epidemiologic evidence. *Nutr.*

Metab. Cardiovasc. Dis. 2010, doi:10.1016/j.numecd.2009.12.015.

BÍBLIA SAGRADA. 8. ed. São Paulo: Edições CNBB/ Canção Nova, 2009.

BOOTH, G. L.; KAPRAL, M. K.; FUNG, K.; TU, J. V. Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people: a population-based retrospective cohort study. *Lancet*. 2006 Jul. 1; 368(9529):29-36.

BLACK, P. H; GARBUTT, L. D. Stress inflammation and cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 52:221-233.

BRINTON, E. A.; HODIS, H. N.; MERRIAN, G. R.; HARMAN, S. M.; NAFTOLIN, F. Can menopausal hormone therapy prevent coronary heart disease? *Trends in Endocrinoly and Metabolism*, 2008; 19:206.

CHIDA, Y.; STEPTOE, D. The association of anger and hostility with future coronary heart disease. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2009; 53:936.

D'ANTONO, B.; DUPUIS, G.; FORTIN, C.; ARSENAULT, A.; BURELLE, D. Angina symptoms in men and women with stable coronary artery disease and evidence of exercise-induced myocardial perfusion defects. *Am Heart J*. 2006 Apr.; 151(4):813-9.

DUNN, A. L.; MARCUS, B. H.; KAMPERT, J. B., *et al.* Comparison of lifestyle and structured interventions to increa. *Jama*, 1999;281(4):327-34.

GRADY, D.; HERRINGTON, D.; BITTNER, V.; BLUMENTHAL, R.; DAVIDSON, M.; HLATKY, M.; HSIA, J.; HULLEY, S.; HERD, A.; KHAN, S.; NEWBY, L. K.; WATERS, D.; VITTINGHOFF, E.; WENGER, N. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *Jama*. 2002 3; 288(1):49-57.

GUSTAFSSON, K. S. Risk factors for cardiovascular disease in women. *Maturitas*. 2009; 63:186-190.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R., *et al.* Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for adults from the American

College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116:1081.

HOEKSTRA, T.; BEULENS, J.W. J.; VAN DER SCHOUW, Y. T. Cardiovascular disease prevention in women. *Maturitas*. 2009, doi:10.1016/j.maturitas.2009.02.003.

JOYNT, K. E.; WHELLAN, D. J.; O'CONNOR, C. M. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological Psychiatry*. 2003;54:248-261.

KUBZANSKY, L. D.; KAWACHI, I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*. 2000; 48:323-337.

LAPOINTE, A.; BALK, E.; LICHTENSTEIN, A. H. Gender differences in plasma lipid response to dietary fat. *Nutrition Reviews*. 2006; 64:234-249.

LIMA, S. M. R. R. Terapia hormonal e doença cardiovascular. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*. 2009; 19(4):474-483.

LOWE, L. P.; GREENLAND, P.; RUTH, K. J.; DYER, A. R.; STAMLER, R.; STAMLER, J. Impact of major cardiovascular disease risk factors, particularly in combination, on 22-year mortality in women and men. *Arch. Intern. Med*. 1998; 158(18):2007-14.

LUKAS, E. *Psicologia Espiritual*. São Paulo: Paulus, 1998.

MAGLIANO, D. J.; ROGERS, S. L.; ABRAMSON, M. J.; TONKIN, A. M. Hormone therapy and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2006; 113(1):5-14.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. *Transtornos Depressivos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MILLEN, B. E. *et cols*. Dietary patterns, smoking, and subclinical heart disease in women: opportunities for primary prevention from the

Framingham nutrition studies. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104: 2,208-214.

MOSCA, L., BANKA, C. L., BENJAMIN, E. J., *et al.* Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation*. 2007; 115:1481.

MURABITO, J. M.; NAM, B. H.; D'AGOSTINO, R. B.; LLOYD-JONES, D. M.; O'DONNELL, C. J.; WILSON, P. W. Accuracy of offspring reports of parental cardiovascular disease history: the Framingham Offspring Study. *Ann. Intern. Med.* 2004 Mar. 16; 140(6):434-40.

ORSHAL, J. M.; KHALIL, R. A. Gender, sex, hormones, and vascular tone. *AM J Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.* 2004; 286:R233-R249.

PAFFENBARGER, R. S. Jr.; HYDE, R. T.; WING, A. L.; LEE, I. M. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993; 328:538.

PICKERING, T.; G.; DAVIDSON, K.; SHIMBO, D. Is depression a risk factor for coronary heart disease? *Journal of the American College of Cardiology*. 2004; 44: 472-473.

RIDKER, P. M.; RIFAI, N.; COOK, N. R.; BRADWIN, G.; BURING, J. E. Non-HDL cholesterol, apolipoproteins A-I and B100, standard lipid measures, lipid ratios, and CRP as risk factors for cardiovascular disease in women. *Jama*. 2005 Jul. 20; 294(3):326-33.

ROSENBERG, E. *et cols.* Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease. *Emotion*. 2001; 2,107-115.

ROSSOUW J. E.; PRENTICE, R. L.; MANSON, J. E.; WU, L.; BARAD, D.; BARNABEI, V. M.; KO, M.; LACROIX, A. Z.; MARGOLIS, K. L.; STEFANICK, M. L. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *Jama*. 2007 Apr. 4; 297(13):1465-1477.

ROZANSKI, A. *et cols.* The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. *J. Am Coll Cardiol.* 2005; 45: 637-651.

SAVIOLI, R. M. *Um Coração Saudável.* São Paulo: Canção Nova, 2009.

SESSO, H. D.; LEE, I. M.; GAZIANO, J. M.; REXRODE, K. M.; GLYNN, R. J.; BURING, J. E. Maternal and paternal history of myocardial infarction and risk of cardiovascular disease in men and women. *Circulation.* 2001 Jul. 24;104(4):3.

SIPAHI, I.; TUZCU, E. M.; SCHOENHAGEN, P.; WOLSKI, K. E.; NICHOLLS, S. J.; BALOG, C.; CROWE, T. D.; NISSEN, S. E. Effects of normal, pre-hypertensive, and hypertensive blood pressure levels on progression of coronary atherosclerosis. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2006 Aug. 15; 48(4):833.

SMANIO, P. E. P. Fisiologia do sistema cardiovascular: o gênero feminino importa? *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.* 2009; 19(4):466-473.

STÖR, S.; VAN DER SCHOUW, Y. T.; GROBBEE, D. E.; BOTS, M. L. Estrogen, inflammation and cardiovascular risk in women: a critical appraisal. *Trends in Endocrinology and Metabolism.* 2004; 15:66-72.

SWAN, H. J. C. The Framingham Offspring Study: a commentary. *Journal of the American College of Cardiology.* 2000; 35(Suppl. 2),13-17.

_____. Idem. 1999; 33:5,1136-1140.

TRENDS IN LEISURE-TIME PHYSICAL INACTIVITY BY AGE, SEX, AND RACE/ETHNICITY-UNITED STATES, 1994-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005; 54:991.

VAN DER SCHOWN, Y. T. Incidence and mortality of cardiovascular disease in postmenopausal women world-wide and relevance for preventive strategies. *Climateric.* 2009; 12(Suppl. I):1-5.

WANNAMETHEE, S. G.; SHAPER, A. G.; WALKER, M. Physical activity and mortality in older men with diagnosed coronary heart disease. *Circulation*

2000; 102:1358.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; OUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F.; McQUEEN, M.; BUDAJ, A.; PAIS, P.; VARIGOS, J.; LISHENG, L. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep. 11; 364(9438):937-52.

Dr. Roque Marcos Savioli

Novena para enfrentar
a ansiedade e a
DEPRESSÃO



Novena para enfrentar a ansiedade e a depressão

Savioli, Dr. Roque Marcos

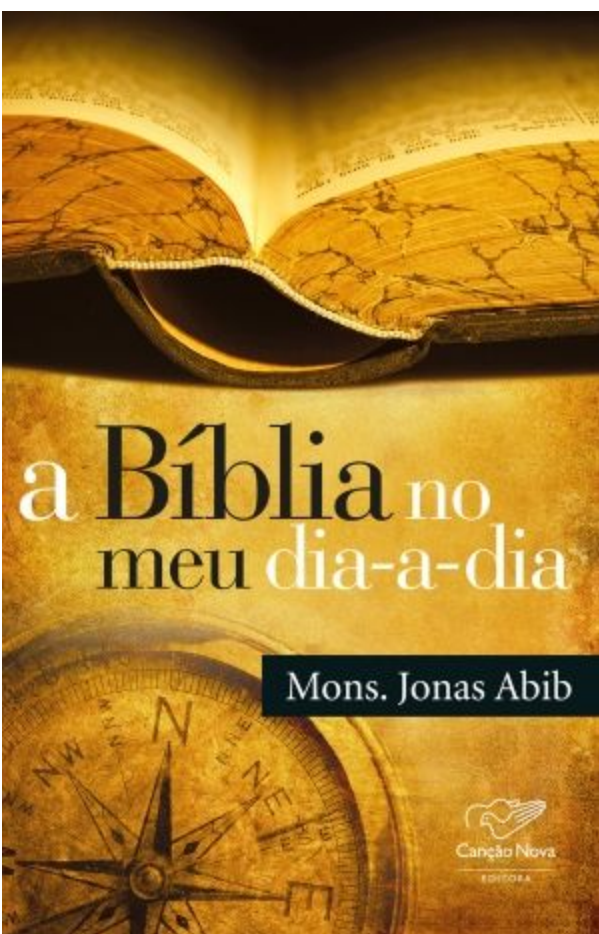
9788553390427

56 páginas

[Compre agora e leia](#)

Atualizando seus conhecimentos sobre a ansiedade e a depressão, Dr. Roque Savioli escreveu esta novena baseada no relato de pacientes e na passagem bíblica da Carta de São Paulo aos Filipenses. O autor explica que a novena é algo místico e um guia para encontrarmos com o Senhor, porém ela não deve substituir o tratamento médico e/ou psicológico. É indicada para todos os pacientes em tratamento da ansiedade e da depressão, bem como para aqueles que estão passando por um momento de tristeza e/ou luto.

[Compre agora e leia](#)



A Bíblia no meu dia-a-dia

Abib, Monsenhor Jonas

9788576774884

121 páginas

[Compre agora e leia](#)

A Palavra de Deus, materializada no livro da Bíblia, é uma dádiva para toda a humanidade e para cada um de nós, de maneira muito especial. Contudo, a fim de crescermos em amor com relação à Palavra, é preciso treino e persistência. Em A Bíblia no meu dia-a-dia, Monsenhor Jonas Abib apresenta um excelente método capaz de nos fazer vencedores nessa tarefa. É um "livro de receitas" para todos aqueles que desejam o conhecimento da Palavra de Deus, a intimidade com o seu coração e um encontro verdadeiro com o Senhor.

[Compre agora e leia](#)



Márcio Mendes

30
MINUTOS
PARA MUDAR
O SEU DIA

Quando uma simples oração
pode transformar absolutamente tudo

30 minutos para mudar o seu dia

Mendes, Márcio

9788576771494

87 páginas

[Compre agora e leia](#)

As orações neste livro são poderosas em Deus, capazes de derrubar as barreiras que nos afastam Dele. Elas nos ajudarão muito naqueles dias difíceis em que nem sequer sabemos por onde começar a rezar. Contudo, você verá que pouco a pouco o Espírito Santo vai conduzir você a personalizar sempre mais cada uma delas. A oração é simples, mas é poderosa para mudar qualquer vida. Coisas muito boas nascerão desse momento diário com o Senhor. Tudo pode acontecer quando Deus é envolvido na causa, e você mesmo constatará isso. O Espírito Santo quer lhe mostrar que existe uma maneira muito mais cheia de amor e mais realizadora de se viver. Trata-se de um mergulho no amor de Deus que nos cura e salva. Quanto mais você se entregar, mais experimentará a graça de Deus purificar, libertar e curar seu coração. Você receberá fortalecimento e proteção. Mas, o melhor de tudo é que Deus lhe dará uma efusão do Espírito Santo tão grande que mudará toda a sua vida. Você sentirá crescer a cada dia em seu interior uma paz e uma força que nunca havia imaginado ser possível.

[Compre agora e leia](#)

Márcio Mendes



*Passos
para a cura
e libertação
completa*

Passos para a cura e libertação completa

Mendes, Márcio

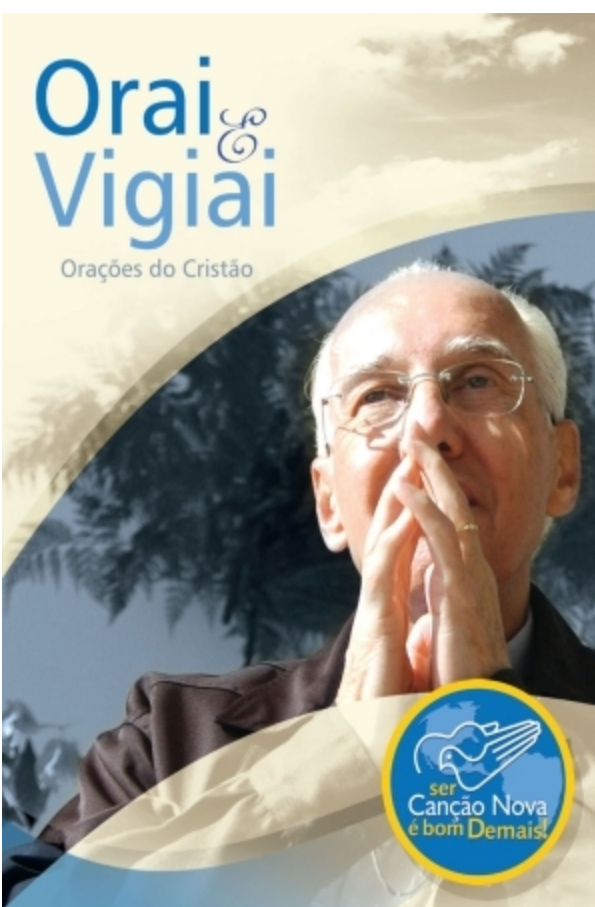
9788576779667

208 páginas

[Compre agora e leia](#)

Este livro vem em auxílio de pessoas necessitadas de cura física, cura interior e libertação, mas também àqueles que, já maduros na fé e na caminhada, sentem-se chamados a orar pelas pessoas que sofrem e precisam de cura e libertação completa, a começar pela sua família. Para todo o tipo de cura do espírito, tenha em mãos o exemplar que te levará para longe de todas as armadilhas do demônio!

[Compre agora e leia](#)



Orai e Vigiai

Abib, Monsenhor Jonas

9788576777977

15 páginas

[Compre agora e leia](#)

Jesus orava sem cessar; Ele era íntimo do Pai. Observamos isso em várias passagens do evangelho que Ele tão profundamente anunciou. É preciso que também nós busquemos essa intimidade, por isso a Canção Nova, ao completar seus 30 anos a serviço da evangelização, coloca em suas mãos este pequeno livro com algumas das mais tradicionais orações da Igreja Católica. Elas são como uma seta que indicam o caminho que deverá conduzi-los a uma outra oração, aquela que brota do coração, e se abre a ação do Espírito Santo.

[Compre agora e leia](#)